# العلاج النفسى

# و

# صوره المختلفة


تأليف

الأستاذ الدكتور

رزق سند إبراهيم ليله

أستاذ علم النفس بكلية الآداب

جامعة عين شمس



٢٠٠٥

# العلاج النفسي

# و

# صوره المختلفة

تأليف

الأستاذ الدكتور

**رزق سند إبراهيم ليله**

أستاذ علم النفس بكلية الآداب

جامعة عين شمس

٢٠٠٥

# الفصل الأول

## مقدمة :-

العلاج النفسي Psychotherapy هو منهج يستخدمه المعالجون النفسيون في العمل مع مرضاهم Patients أو عملائهم Clients من أجل مساعدتهم في تعديل modifying أو تغيير changing أو تقليل reducing العوامل التي تعطلهم interfere عن الحياة بشكل فعال وكفء `effective .

ويتضمن العلاج النفسي حدوث تفاعل بين المعالج النفسي Psychotherapist وبين المريض أو العميل من خلال عملية process تؤدي إلى إنجاز الأهداف السالفة الذكر .

ويعتمد تحديد نوعية الفنيات أو الوسائل أو التدخلات العلاجية المستخدمة على طبيعة الأعراض أو المشكلات الموجودة لدى المريض ، وسماته الشخصية والنظرية التي يتبناها المعالج وسماته الشخصية ، والمدة الزمنية المتاحة للعلاج والهدف منه .

يشعر بعض الناس بالإحباط في حياتهم ، ويكتئبون لعجزهم عن تحقيق أهدافهم ويشعرون بالقلق anxiety نتيجة إحباطهم frustrationوحرمانهم deprivation ويكون هدف العلاج النفسي هو مساعدتهم على تقييم إمكاناتهم وقدراتهم بشكل واقعي وتعليمهم كيف يتغلبون على إحباطهم وحرمانهم بأسلوب مرن لا يتسم بالإلحاح .

وبعض الناس لا يستطيعون أن يحيوا حياتهم كما يريدونها ويبدون عاجزين عن السيطرة control عليها ، ويصطدمون دائماً بعوائق تمنعهم من الاستمتاع enjoyment والشعور بالإشباع satisfaction ومن ثم يكون هدف العلاج النفسي هو مساعدتهم على تحقيق الحد الأقصى لإمكاناتهم ، وبالطبع فإن التحقيق الكامل لها يندر أن يحدث ؛ ولكن كلما اقترب الفرد من ذلك كلما شعر بالرضا عن حياته ، ومن هنا يمكننا أن نعتبر العلاج النفسي منهجاً لمساعدة الأفراد على معرفة إمكاناتهم وكيف يوظفونها بالشكل الأمثل وكيف يزيلون العراقيل اويقللونها .

وهناك هدف آخر للعلاج النفسي وهو مساعدة الفرد على تغيير أو تعديل السلوكيات التي تعطل قدرته على العمل بكفاءة في حياته اليومية ، وقد تكون تلك السلوكيات أفعالاً صريحة overt actions أو مشاعر feelings أو طريقة الفرد في النظر إلى العالم والناس الآخرين ، وأياً كان السلوك المشكل ، وكيف نما

وتطور ؛ فإن الهدف العلاجي therapeutic goal هو إزالة السلوكيات التي تعوق شعور الفرد بالسعادة والرضا ، أو تعديلها .
ويهدف العلاج النفسي إلى زيادة قدرات الشخص إلى حدها الأقصى الممكن مع الأخذ في الاعتبار قدرات الشخص و واقع الموقف الذي يحدث فيه السلوك وقد يعاني بعض الناس من صعوبة الحياة في المجتمع نتيجة عدم كفاءة عملية التربية الباكرة أو نتيجة عوامل حالية أو ضعف العلاقات بين الشخصية أو تشوه نظرة الفرد إلى العالم ؛ ومن هنا يكون هدف العلاج هو مساعدة أولئك الأفراد في تحسين قدرتهم على الحياة في المجتمع ، ومساعدتهم على وضع أهداف قابلة للتحقيق والاستمتاع بها ، ومعرفة متى تكون الأهداف غير قابلة للتحقيق ، وأن يتقبلوا حقيقة أن بعض الأهداف تكون أعلى من قدراتهم ، أو أن تحقيقها يمنعه واقع الموقف أو المجتمع المحيط .
وقد يكون هدف العلاج النفسي هو استبعاد القلق أو تخفيضه والتغلب على الضغوط stresses وتأثيراتها ، ومهما كان تاريخ القلق أو الضغوط ، ومهما كانت مؤشراتها الحالية فإن العلاج النفسي يحاول مساعدة الشخص بشكل فردي أو من خلال جماعة على تخفيض القلق والتغلب على الضغوط وتأثيراتها .

## *تاريخ العلاج النفسي*

تعود ممارسة العلاج النفسي إلى عصور موغلة في القدم ، ولعل أول من مارس العلاج كان السحرة أو الشامن shamen وقد استخدم أولئك المعالجون الطقوس rituals والرقصات dances والاحتفالات ceremonies في مساعدة المرضى ، وقد كانت الأمراض التي تعامل معها السحرة انفعالية في طبيعتها أكثر منها جسمية ، وكان هدف المعالجين السحرة هو تحقيق الراحة للمرضى وإعادتهم إلى العمل بكفاءة .
ولقد استمر مفهوم السحر والاعتقاد في تأثير التعاويذ spells وحتى اليوم يعتقد بعض الناس في تأثيرات الأعمال السحرية witchcraft والسحر الأسود black magic والفودو voodoo ( والذي يعني أن الفرد في المجتمع البدائي لا وجود له مستقلاً عن القبيلة بل إن وجوده يعتمد على رضا القبيلة مجسداً في إرادة زعيمها لدرجة أنه إذا غضب الزعيم على فرد أمره بالموت فيطيع الفرد الأمر حتى وإن كان يتلقاه خارج مجال الوسائل الحسية المعروفة وينفذ الأمر بأن يجلس

ويتوقف قلبه وتسمى هذه الظاهرة voodoo death . ( محمد شعلان١٩٧٧ ص ٥١ )

وفي العصور الوسطى ساد الاعتقاد بأن الشيطان أو الجن يتملكون الفرد المريض وأصبح هدف العلاج هو إخراجهم من جسده بأعمال تتسم بالعنف والتعذيب .

ولقد بدأ الشكل الرسمي للعلاج النفسي مع تحول الاعتقاد إلى وجود اضطرابات انفعالية لدى المريض ، ومع نهاية القرن التاسع عشر اهتم سيجموند فرويد Sigmund Freud وهوطبيب متخصص في علم الأعصاب بالعوامل الانفعالية لدى المرضى ، وقد عمل مع جوزيف بروير Josef Breuer في حالة مرضية تعرف الآن باسم "*حالة أنا أو Anna O*" ثم طور فرويد ما عرف فيما بعد باسم علاج الكلام Talking Cure ، ونجد الكثير من المادة العلمية عن ذلك في كتاب إرنست جونز Ernest Jones "*حياة وأعمال سيجموند فرويد The Life and Work of Sigmund Freud*" وفي كتاب "*المحاضرات التمهيدية الكاملة في التحليل النفسي*" لفرويد .

وقد عمل فرويد فترة باستخدام التنويم المغناطيسي hypnosis ثم ركز على عملية أطلق عليها اسم " تحليل النفس The Analysis of The Psyche " أو التحليل النفسي Psychoanalysis وهو النظرية التي أرست أساس التحليل النفسي بوصفه علاجاً ، والتحليل النفسي هو واحد من أبكر الأساليب العلاجية وأكثرها تأثيرا في العالم الغربي ، وقد ناقش كلارنس أوبرندورف Clarence Obrendorf الكثير من العمل التحليلي في تاريخ التحليل النفسي في أمريكا .

ومنذ بداية القرن العشرين تطورت مدارس نوعية عديدة في العلاج النفسي ونمت فنيات عديدة على يد ممارسيه ، وكانت تلك الفنيات قائمة على نظريات تلك المدارس ، والمعالج التوفيقي eclectic يكون لديه خلفية من التدريب والممارسة في العديد من المدارس العلاجية المتنوعة وفنياتها المختلفة يستخدم منها ما يراه مناسباً للفرد والمشكلات التي يعمل على حلها . ويستخدم اصطلاح العلاج النفسي كاصطلاح عام يتضمن جميع المدارس العلاجية .

وفي العلاج الفردي Individual Therapy تكون العلاقة العلاجية هي علاقة فرد بفرد one to one relationship بين المعالج النفسي والعميل ، أما الأفراد الآخرون في حياة الفرد بما فيهم أفراد أسرته فنادراً ما يتدخلون في الموقف العلاجي إلا في الخطوات التمهيدية للعلاج . وفي العلاج النفسي الفردي يلتقي المعالج بالمريض ثلاث مرات أو أكثر أسبوعيا ، ويكون زمن الجلسة من ٣٠ – ٦٠ دقيقة .

ويتضمن العلاج الجماعي Group Therapy المعالج النفسي أو المعالجين الذين يعملون مع مجموعة من الأفراد بينهم شيء مشترك ، وقد تكون الجماعة أسرة أو جماعة أو مجموعة من الغرباء الذين يلتقون لمناقشة مشكلاتهم والعمل على علاجها ، وتلتقي الجماعة مرة واحدة أو أكثر أسبوعيا لمدة تتراوح من ٩٠ ـ ١٢٠ دقيقة .

وهناك نوع من العلاج يسمى الماراثون Marathon وهو لقاء يستمر فترة ممتدة من الوقت ، ويعمل على حل مشكلات محددة ، ويتم إحضار الوجبات إلى الجلسة ، ولا يغادر الأفراد المشاركون الغرفة إلا لفترات قصيرة للنوم أو لتلبية الحاجات الجسمية .

وقد طور جاكوب مورينو JacobL.Moreno و أتباعه السيكودراما Psychodrama وحولوها إلى أسلوب معقد من العلاج الجمعي ، فيه يعمل المريض على تفعيل acting out خبرته بدلاً من مناقشتها. وهناك إسهام آخر قام به مورينو في مجال القياس الاجتماعي Sociometry وتطبيق التحليل السوسيومتري في عديد من مجالات العلاقات الإنسانية وخاصة في مجال التربية والتعليم . ولقد أسهم مورينو بصفة اساسية في نمو العلاج الجشطلتي Gestalt Therapy والتحليل التفاعلي Transactional Analysis والجماعات التدريبية المستخدمة في الصناعة ، وقد وصف مورينو السيكودراما في كتابه المسمى " Who shall survive ? " .

ويعتبر العلاج الأسري Family Therapy قنطرة بين الأسلوب الفردي والأساليب الجماعية ، وفي أسلوب الأنساق systems approach يعتبر كل فرد في الأسرة مساوياً في الأهمية لجميع الأفراد الآخرين ، ويبحث المعالج النفسي عن الانهيار في عمل النسق الأسري ويساعد أفراد الأسرة على إعادة تنظيم reorganize أنفسهم وإعادة تشكيلها reconstitute كوحدة أسرية فعالة وقد تكون الأسرة ممتدة وتتضمن ما يصل إلى أربعة أجيال . وفي بعض الأحيان يتضمن العلاج أناساً آخرين لهم أهمية في الأسرة مثل أحد الأقارب أو حبيب أو صديق حميم . وهناك مقاييس مقننة يتم تطبيقها مثل مقياس كليفورد ساجر و هيلين كابلان Clifford Sager & Helen Kaplan باسم "Progress In group and family therapy" ومقياس جاي هالي و لين هوفمان Jay Haley & Lynn Hoffman " فنيات العلاج الأسري Techniques of family therapy " ومقياس موراي بوين Murray Bowen " العلاج الأسري في الممارسة الكلينيكية Family therapy in clinical practice " .

وفي بعض الأحيان يكون العميل عاجزاً عن مناقشة بعض الأمور بحرية ، وقد يكون قاصراً من الناحية اللغوية ، أو صغير السن ولا يستطيع تعريف مشاكله أو صياغتها بشكل لفظي ، وفي هذه الحالة يستدعي الأمر استخدام علاج غير لفظي non – verbal therapy . ولقد وصف أكسلين Axline١٩٤٧ علاج اللعب Play Therapy الذي فيه يقدم المعالج للعميل ( الذي يكون في الغالب طفلاً ولكنه قد يكون مراهقاً أو بالغاً في بعض الأحيان ) لعباً ودمى يتمكن العميل باستخدامها من إخراج قلقه و مخاوفه و مشكلاته وهمومه التي تعطله عن الأداء الفعال . وقد يتضمن العلاج باللعب ممارسة الرياضة والألعاب المختلفة والدمى والصلصال والماء ، وأي شيء آخر يخدم هدف العلاج .

وهناك العديد من الأدوية النفسية مثل مضادات القلق anti-anxiety agents التي تستخدم للمساعدة في عملية العلاج النفسي حيث أنها تقلل القلق الذي يعطل قدرة الفرد على التعبير اللفظي والتركيز والمناقشة ومضادات الذهان anti-psychotics التي تقلل الاضطرابات الحادة إلى المستوى الذي يجعل المريض قادراً على التعاون في عملية العلاج النفسي واستكشاف مشكلاته ومصاعبه التي نتجت عن اضطرابه الانفعالي الشديد . ولقد ناقش جويس بوكر Joyce Boker في كتابه " Primer for the psychotherapist" كما ناقش ألبرتو دي ماسكيو و هارولد جولدبرج Alberto Di Mascio & Harold Goldberg في كتابهما " Emotional Disorders " تشخيص المشكلات الانفعالية وعلاجها الدوائي .

***مدارس العلاج النفسي***

هناك العديد من المدارس في مجال العلاج النفسي يهتم كل منها بجانب من الجوانب النفسية للإنسان حيث تؤكد المدارس السيكوديناميية psychodynamic أو مدارس إعادة البناء والتشييد reconstruction على أهمية تاريخ الفرد وأهمية فهم ماضيه واستكشاف تأثيراته على أدائه الحالي .

وتعتبر المدرسة الفرويدية من هذا النوع ، وهناك مدارس أخرى بدأت بأفكار فرويد ثم تمايزت عنها بشكل ملحوظ ، وتميزت بطابع صاحبها وأفكاره وأساليبه العلاجية ومن أشهرها مدارس الفرد أدلر وكارل يونج وإريك فروم وكارين هورني ، أما هاري ستاك سوليفان فقد طور المدرسة بين الشخصية Interpersonal school التي ترى أن العلاقات بين الشخصية شديدة

الأهمية في حياة الشخص ، وقد أطلق سوليفان على الأشخاص المهمين في حياة الشخص اسم الآخرين ذوي الأهمية والدلالة significant others وهم الناس الذين يعملون على قولبة شخصية الفرد وزيادة قلقه .
ويتضمن العلاج النفسي بين الشخصي لدى سوليفان تناول العلاقة بين المريض والأشخاص الذين يعتبرهم مهمين في حياته وتكون العلاقة العلاجية جزءاً من خبرة المريض فيها يستنسخ المريض علاقاته مع الآخرين المهمين في حياته ، ويركز المعالج على استخراج التشوهات distortions الموجودة في العلاقة ومساعدة المريض على فهمها وتصحيحها . ويهيء المعالج بين الشخصي للمريض موقفاً متسقاً فيه يتمكن المريض من استكشاف العلاقات المشوهة في الماضي. ويعتبر المعالج بين الشخصي أكثر نشاطاً وفعالية وأكثر اندماجاً في الموقف من المحلل الفرويدي. ويعتبر كتاب سوليفان " المقابلة السيكاترية" "Psychiatric Interview" وصفاً لأسلوبه في العلاج النفسي . وقد طور كارل روجرز Carl Rogers - وهو عالم نفس أمريكي- نظرية مؤداها أن الفرد يناضل من أجل النمو growth والكمال perfection ولكنه يواجه عقبات في محاولته تحقيق ذلك ، ومهمة المعالج النفسي هي مساعدة الفرد على التغلب على تلك الصعوبات . ويركز روجرز على ما يحدث هنا والآن here and now والطرق المباشرة لتناول المواقف المعوقة في حياة الفرد . وقد انزعج روجرز من طول الوقت المستغرق في التحليل النفسي وحاول الوصول إلى أسلوب علاجي أقصر واستخدمه مع المرضى الأقل اضطراباً . وقد وجد روجرز أن أسلوبه العلاجي فعال مع الأفراد الأكثر قدرة على التعبير والأكثر ذكاءاً والأصغر سناً ثم قدم روجرز أسلوب العلاج المركز على العميل Client Centered Therapy وقرر أنه قد حصل على نتائج علاجية إيجابية بعد خبرة علاجية مَرة واحدة أسبوعياً لفترة تمتد من ثلاثة إلى أربعة شهور.
إن المعالج النفسي بطريقة روجرز لا يستكشف ماضي المريض لذاته ولكنه يحتاج إلى فهم الماضي فقط إلى الدرجة التي تساعده على فهم الحاضر ، كما أن المعالج يتأمل أكثر مما يفسر ، ولقد شعر روجرز أن الأفراد المضطربين بشدة ليسوا ميالين إلى التأثر بهذا الأسلوب ، وقد حدثت مع الزمن تغييرات في أفكار روجرز ، وبدأ طول الفترة الزمنية المستغرقة في العلاج يزداد مع العمل مع أفراد أكثر اضطراباً وأقل قدرة على التعبير اللفظي .
وقد بدأ العلاج السلوكي Behavior Therapy عام ١٩٥٠ وكان قائماً بصفة أساسية على عمل جوزيف ولبه Joseph Wolpe و ب.ف.سكينر

وهـو يركـز علـى السـلوك الـصريح القابـل للقيـاس لـدى B.F.Skinner الفرد؛ فالمعالج السلوكي يرى أن الشيء الوحيد المهم هو السلوك القابل للقياس وأن الأفراد يبدو لديهم القلق نتيجة السلوك غير التوافقي المتعلم Learned Maladaptive Behavior ، وأننا إذا أزلنا ذلك السلوك غير التوافقي تختفي مصاعبهم الانفعالية . وقد طور ولبه العديد من الفنيات العلاجية مثل التحصين Desensitization والكف المتبادل Reciprocal Inhibition وقد اعتقد ولبه أن الفوبيات Phobias وأشكال القلق النوعية يمكن إزالتها تدريجياً من خلال تعريض الفرد إلى الموقف المرهوب ، ومن ثم إزالة حساسيته نحو الخبرة وتحصينه . كما اعتقد ولبه أن الفرد لا يمكن أن يقلق إذا كان في نفس الوقت يشعر بمشاعر تعرقل القلق وذلك من خلال عملية الكف المتبادل . وقد قدم ولبه أفكاره وإجراءاته العلاجية في كتاب The Practice of Behavior Therapy .
أما سكينر فقد استخدم في عمله التعزيز الإيجابي Positive Reinforcement لتنمية السلوك المرغوب واستمراره ، كما استخدم التعزيز السلبي negative reinforcement لحث الفرد على استبعاد السلوك غير المرغوب أو تعديله ويزعم السلوكيون أن التعديل الناتج Resultant Modification عن العلاج طويل الأمد .

وهناك الكثير من التراث البحثي عن ممارسة العلاج السلوكي ، ويعتبر كتاب "العلاج السلوكي" "Behavior Therapy" لسيرل فرانكس Cyril Franks مثالاً بارزاً على ذلك وقد ازداد أسلوب العلاج السلوكي إحكاماً وتأصيلاً وازداد اهتمام المعالجون السلوكيون بالفرد وقل اهتمامهم بالأساليب الميكانيكية الآلية وكان معدل نجاحهم في تعديل السلوكيات المستهدفة عالياً.

وفي عام ١٩٦٠ بدأ السلوكيون في استخدام اصطلاح العلاج السلوكي بدلاً من تعديل السلوك . وقد أصروا على أن اسلوبهم في العلاج بقدر فعالية السيكوديناميي.
وقد قارن ر. بروس سلون R.Bruce Sloan بين العلاجين في كتابه "العلاج النفسي في مقابل العلاج السلوكي" . والان يقبل علماء النفس الديناميون حقيقة أن العلاجات السلوكية لها موقع متميز في العلاج النفسي ويفهم المعالجون السلوكيون أن دوافع الفرد مهمة في تطور السلوك اللاتوافقي.

***بؤرة البحث في مجال العلاج النفسي***

في البداية كانت المتغيرات المتعلقة بالعميل client variables هي البؤرة الرئيسة للبحوث ، وكان التوكيد مركزاً على تعاون المريض واستجابته للعمليات العلاجية .

وقد وجد الباحثون أن المرضى من الشباب وذوي القدرة المرتفعة على التعبير اللفظي ، والأكثر ذكاءاً والذين حصلوا على درجة من التعليم المدرسي يحصلون على أفضل النتائج .

وبعد ذلك ركزت البحوث الكلينيكية على فنيات العلاج النفسي ، وكان الاهتمام الأساسي هو الفنيات التي تتسم بالفاعلية ، وقد تنافست المدارس المختلفة معاً وأكد كل منها على وجود معدلات نجاح لوسائلها الخاصة ، وأصبحت النظرية أقل أهمية ، ولم تعد خصائص المريض بنفس الدرجة من الأهمية .

ومع زيادة إتقان البحوث أصبح المعالجون النفسيون أكثر وعياً بأن التركيز على فنيات معينة ليس أمراً مفيداً فتحولوا إلى متغيرات تتعلق بالمعالج النفسي ، وقد ناقش دافيد برنر David Brenner تلك المتغيرات في كتابه " المعالج النفسي الكفء The effective psychotherapist " ، ولقد وجد الباحثون أن متغيرات الدفء warmth والتلاحم empathy والصبر patience والصراحة openness والأمانة honesty من أهم الخصائص لنجاح المعالج النفسي ، وأن المعالج الذي يتمتع بمعظم هذه الخصائص هو معالج كفء بصرف النظر عن الفنيات الخاصة التي يستخدمها ، والمدرسة العلاجية التي ينتمي إليها .

وفي الفترة من ١٩٦٠ – ١٩٨٠ م كان الاهتمام البحثي مركزاً على العوامل التي تلعب دوراً في التفاعل interaction بين المعالج والمريض أو العميل والتي تزيد من إمكانية الحصول على نتائج علاجية مرغوبة أو تعوقها .

وقد وجدت الدراسات التي أجريت على متغيرات المريض أن المريض الذي لديه دافع قوي للعلاج ، والذي يشعر بالقلق من حالته المرضية ، والذي لديه استعداد للتغير ورغبة فيه يعمل بشكل جيد في العلاج النفسي ، هذا بالاضافة إلى التحلي بالصبر ، وتقبل فكرة أن العوامل الانفعالية تؤثر في السلوك .

أما فيما يتعلق بمتغيرات التفاعل بين المعالج والعميل فقد بينت البحوث أن الثقة والصراحة والاندماج في العلاقة العلاجية من العوامل التي تزيد من إمكانية الحصول على نتائج علاجية مرغوبة .

ولقد بينت البحوث أن جميع أنواع العلاج النفسي فعالة حيث أنها تقلل الغياب عن العمل absenteeism from work وتقلل التكلفة الاقتصادية للمرض لأنها وقائية preventive وتأهيلية rehabilitative ، وقد ركزت البحوث على الحصول على نتائج علاجية مرغوبة في مدى زمني أقصر .

ولقد طور العلماء فنيات للتدخل في الأزمة crisis intervention techniques وهي مفيدة في حالات الطوارئ emergency situations

وتقليل الضغوط الحالية المباشرة ، ولقد استمر التجريب على شدة الخبرة العلاجية ومعدل الزيارات وعمق الاستكشاف القائم على النظريات والمدارس العلاجية المختلفة .
إن الأساليب العلاجية المختلفة تعمل مع أنواع مختلفة من الأفراد لديهم مشكلات متنوعة ، وعلى الفرد الذي يسعى للعلاج النفسي أن يكون واعياً بالغرض من ذهابه إلى العلاج وتوقعاته لدرجة التحسن ومستواه .

***العوامل الشائعة في العلاج النفسي***

تشير العوامل الشائعة common factors في العلاج النفسي إلى المظاهر الفعالة من العلاج والتي تشترك فيها الصور المختلفة منه ، وقد رأى بعض العلماء أنها أكثر أهمية من العوامل الفريدة unique الخاصة بعلاجات معينة التي يرى أنصار تلك العلاجات أنها مهمة في إحداث التغيير العلاجي ، وذلك استناداً إلى حقيقة مؤداها أن العلاج النفسي عامة يؤدي إلى تأثيرات مفيدة ، ولكن نوعاً من تلك العلاجات لم يثبت بشكل متسق أنه متفوق على العلاجات الأخرى .
والرأيُ لدينا أنه إذا كانت الأنظمة العلاجية المختلفة تزعم أنها ناجحة وفعالة بشكل متساوي فإن تنوعها قد يكون مضللاً ، وأنها في الواقع تشترك في مظاهر رئيسة هي العناصر المهمة والمفيدة في نجاح العلاج .
وفكرة وجود عوامل شائعة تعمل في العلاجات المتنوعة ليست فكرة جديدة وأول بحث جاد في هذا الموضوع هو بحث روزنزويج ١٩٣٦ Rosenzweig الذي تساءل ما إذا كانت العوامل التي تعمل في أنواع معينة من العلاج هي في الواقع عوامل ملطفة لها دلالتها ، وقد أشار إلى أن هناك أحداثاً غير معروفة بالإضافة إلى تلك العوامل قد تكون حاسمة في إحراز التقدم العلاجي ، ورأى أن تلك العوامل قد تكون شائعة في الصور العلاجية المختلفة .
وكانت الخطوة التالية هي بحث ألكسندر وفرنش ١٩٤٦ Alexander & French حيث قدما اصطلاح " الخبرة الانفعالية التصحيحية ( C E E ) Corrective Emotional Experience " وهي تشير إلى أن المعالج يجعل المريض يتصرف بطرق كان يتجنبها من قبل حتى يتحقق من أن النتائج التي كان يخاف من أن تحدث لم تحدث . ولقد وضعت الخبرة الانفعالية التصحيحية في الأصل داخل السياق التحليلي ، ووسع ألكسندر ١٩٣٦ Alexander هذه النظرية بشكل واضح ومدها إلى نظرية التعلم ، ومن ثم وضعت الخبرة الانفعالية

التصحيحية بوصفها عاملاً عاماً وشائعاً في كل العلاجات القائمة على نظرية التحليل النفسي ونظرية التعلم .

ثم ظهر العمل الرائد لجيروم فرانك ١٩٧٣ Jerome Frank الذي أكد أن الشخص حين يدخل أي نوع من العلاج النفسي يكون في حالة انخفاض للروح المعنوية ، ولأنه يعتقد أن المعالج يمكن أن يخدمه ويساعده يصبح لديه أمل ، ويجعله هذا الأمل يتوقع أن الأشياء سوف تتحسن ، وهذا التوقع في حد ذاته عامل ملطف ، ولقد لخص لنا فرانك عدداً كبيراً من البحوث التي تدعم تلك النظرية .

وقد قام باحثون مثل ليتنبرج وآخرين ١٩٦٩ Leitenberg et al ومارشيا وآخرين ١٩٦٩ Marcia et al بدراسات بينت أهمية التوقعات في نتائج العلاجات التحليلية والسلوكية ، وقد رأوا أن تأثيرات العلاج النفسي ترجع إلى استثارة التوقعات .

وقد طور كيرش ١٩٨٥ Kirsch نموذجاً نظرياً يسمى توقع الاستجابة response expectancy وقدم دليلاً من التراث البحثي فيما يتعلق بالدواء الزائف placebo والفوبيا والتنويم المغناطيسي . وقد أكد باندورا ١٩٧٧ Bandora أن الكفاءة الذاتية self-efficacy تكمن وراء أهمية التوقعات .

وقد حدد فرانك ١٩٨٢ Frank أربعة عوامل شائعة رأى أنها أدت إلى تحسين الروح المعنوية للمرضى ، وربما كان ذلك من خلال توليد توقعات إيجابية لديهم هذه العوامل هي :-

***١ - وجود علاقة مركزة تتسم بالثقة والاطمئنان مع شخص يقوم بالمساعدة:-***

وجوهر هذه العلاقة هي قدرة المعالج على اكتساب ثقة المريض فيه كمعالج كفء يهتم بصالح مريضه مما يزيد من توقعات المريض الإيجابية ، ويقوي أمله في النجاح مما يحسن بدوره من روحه المعنوية . ولقد اعتقد فرانك Frank أنه بدون إقامة علاقة طيبة بين المعالج والمريض فإن أي إجراء علاجي سيفشل ، ومع إقامة تلك العلاقة ينجح أي إجراء علاجي مع معظم المرضى ، ومن ثم يعطي فرانك قدراً كبيراً من الأهمية للعلاقة العلاجية .

***٢ – البيئة العلاجية :-***

البيئة هي مجموع الظروف والعوامل الخارجية التي تؤثر في الكائن الحي . و يصنف برنارد البيئة الاجتماعية للإنسان إلى :-

١- بيئة مادية فيزيقية وتشمل الأدوات والعدد والأسلحة والحلي وأجهزة النقل والمواصلات ولوازم المعيشة وتجهيزات المكاتب .
٢- بيئة بيواجتماعية أو أحيائية اجتماعية مثل النباتات المنزلية والحيوانات المستأنسة والكائنات الإنسانية التي تؤدي خدمات .
٣- بيئة نفسية اجتماعية مثل سلوك الأفراد الذين نتعامل معهم والعادات والتقاليد واللغة ووسائل الإعلام كالكتب والمجلات والصحف والراديو والتليفزيون والصور المتحركة .
٤- بيئات ضبط أو رقابة نظامية مؤسسية كالعوامل الاقتصادية والسياسية والسلالية والجمالية والتربوية والثقافية والقومية والمحلية والدينية . ( كمال دسوقي ١٩٨٨ ص ٤٨٤ )

وتشير البيئة العلاجية إلى البيئة الفيزيقية الذي يحدث فيها العلاج بكل خصائصها السابقة.

**٣- المنطق الكامن وراء العلاج : -**

ومعناه التفسير الذي يقدمه المعالج لمشكلات المريض ، وكيفية تخفيفها ، وقد أشار فرانك Frank ١٩٣٧ ، ١٩٨٢ إلى هذا المنطق على أنه خرافة أو أسطورة تلقي الضوء على حقيقة أن الواقع الموضوعي للعلاج أقل أهمية من تصديقه . ويقدم ذلك التفسير أو المنطق الكامن وراء العلاج من أجل إعطاء المريض إطاراً مرجعياً من خلاله يمكنه أن يفهم آلامه ومشكلاته ، ويضفي المعنى على الخبرات التي لم يكن لها تفسير لدى المريض من قبل ، وهذا الإطار المرجعي في ثناياه فهماً ضمنياً مؤداه أن التغيير من خلال العلاج ممكن مما يقوي الأمل لدى المريض .

**٤ - مجموعة من العلاجات والطقوس الموصوفة لتخفيف المشكلة :-**

ويتضمن هذا العنصر وصفاً عيانياً لمجموعة من الفنيات أو الطقوس الموصوفة لتخفيف المشكلات التي يعاني منها المريض ، ومشاركة المريض في تلك الفنيات أو الطقوس تزيد من توقعات الراحة لأن معناها أن المريض يفعل شيئاً لحل المشكلات التي تواجهه ، وعلى قدر تحقيق الخبرات المصاحبة لتلك الفنيات للسيطرة الفعلية على مشكلات المريض أو النجاح في حلها يزداد تقدير الذات لدى المريض وترتفع روحه المعنوية .

وقد قام جرينكافاج و نوركروس ١٩٩٠ Grencavage & Norcross بجمع المقالات البحثية المهتمة بالعوامل الشائعة ، وجمع تكرار ظهور كل عامل من تلك العوامل ، ووجدا أن أكثر العوامل تكراراً مايلي :-

١ – نمو تحالف علاجي .
٢ – إتاحة الفرصة لحدوث تفريغ انفعالي ( تطهير ) .
٣ – اكتساب سلوكيات جديدة وممارستها .
٤ – وجود توقعات إيجابية لدى المريض .
٥ – الصفات المفيدة التي يتحلى بها المعالج .
٦ – تقديم منطق لفهم مشكلات المريض وتفسيرها .

***التحالف العلاجي :-***

لقد كانت العلاقة العلاجية هي المتغير الأكثر تكراراً في المسح الإحصائي الذي قام به جرينكافاج و نوركروس وقد وردت تحت مسمى التحالف العلاجي وقد أجمعت الآراء على أنه تعاون بين المعالج و المريض وهذا التحالف ينشط من خلال إظهار المعالج احترامه الإيجابي غير المشروط positive unconditional regard للعميل والتلاحم والتعاطف الواضح معه accurate empathy والأصالة genuineness . وقد رأى الباحثون أن هذه المتغيرات تتضح فاعليتها أكثر من خلال ملاحظة المريض لها فعلياً ومن هذا المنطلق تدعم البيانات الإمبيريقية أهمية التحالف العلاجي بين المعالج والمريض .

***الخبرة الانفعالية التصحيحية :-***

ترتبط النتيجة الإيجابية للعلاج النفسي بحدوث المواجهة confrontation والتعبير الوجداني المباشر ، وقد بين هورويتز ١٩٧٤ ، ١٩٧٦ Horowitz الذي قام بفحص العلاج السيكوديناميي أن الخبرات الانفعالية التصحيحية قد أدت إلى تغييرات علاجية طويلة الأمد لدى المرضى .
اما القدر الأكبر من الدراسات المنظمة لهذا المتغير فقد أجراه باحثون سلوكيون من خلال دراستهم لفنية التعرض exposure وهو أسلوب يمكن اعتباره خبرة انفعالية تصحيحية لأن المريض يواجه الموقف المزعج ، ويتعلم أنه ليس مدمراً كما كان يتوهم . وأياً كانت العوامل الكامنة التي من خلالها تعمل الخبرة الانفعالية

التصحيحية فإن من الواضح أن ممارسة المريض لسلوكيات جديدة و / أو مواجهة مخاوفه من خلال فنيات مثل التعرض تعتبر عاملاً ملطفاً .

## *شخصية المعالج : -*

ومن المثير للاهتمام أن هناك القليل من البيانات الامبيريقية فيما يتعلق بخصائص شخصية المعالج ، وقد رأى بوتلر وآخرونBeutler et al أن شخصية المعالج أمر غير حاسم في العلاج النفسي ، وقد بينت بعض الأعمال البحثية أن المعالج الذي يتسم بأقل مستوى من الاضطراب الانفعالي يحصل على أفضل النتائج ، كما ترتبط خبرة المعالج وكفاءته ارتباطاً موجباً بالنتيجة العلاجية . وقد بينت الدراسات أن القيم المرتبطة بالعمل في مجال العلاج شيء مشترك بين المعالجين وهم يعلمونه لمرضاهم ، وقد بين جنسن وبيرجن ١٩٨٨ Jensen & Bergin بشكل إمبيريقي أن المعالجين عامة يشتركون في مجموعة شائعة من القيم ، وينطبق ذلك على مجموعة المهن التي تقدم المساعدة للآخرين helping professions وقد بينت بعض النظريات أن تقارب قيم المعالج والعميل يرتبط بحدوث نتائج علاجية إيجابية .

## *فاعلية العلاج النفسي* Psychotherapy Effectiveness

إن قياس مدى فاعلية العلاج النفسي نشاط معقد ، ولكن يمكننا أن نفهمه من خلال سياقه التاريخي ، ومن خلال الأسئلة المطروحة ، والمناهج المستخدمة في الإجابة على تلك الأسئلة .

لقد نمت البحوث في مجال العلاج النفسي متوازية مع نمو العلاج النفسي وتطوره كما لعبت الظروف الاقتصادية والاجتماعية دوراً مهماً في تشكيل البحوث في هذا المجال ؛ فبعد الحرب العالمية الثانية حظي العلاج النفسي بقبول الجمهور كعلاج للاضطرابات النفسية ، ومع تضاؤل الوصمة الاجتماعية social stigma المرتبطة بتلقي الفرد للعلاج النفسي ازدادت رغبة الناس فيه .

ولقد خضع العلاج النفسي لرقابة صارمة وأثيرت أسئلة حاسمة عن فاعليته وقد طلب الساسة والمهتمون بالعلاج النفسي ودافعو الضرائب من ممارسي العلاج النفسي أن يحددوا مدى فاعلية العلاج النفسي وقيمته لتبرير ما يدفع فيه وإثبات أن العلاجات المكلفة لها نتائج ثابتة . وقد أدت الضرورة الإقتصادية والعملية إلى

حدوث تطورات مفاهيمية ومنهجية دالة في هذا المجال البحثي . وقد مكننا الضبط المنهجي من الحصول علي دليل إمبيريقي يدعم أن العلاج النفسي وسيلة علاجية مفيدة اجتماعياً وفعالة إكلينيكياً .

ومن الوجهة التاريخية حين برز التحليل النفسي بوصفه الصورة السائدة من العلاج النفسي في باكورة القرن العشرين كانت دراسة الحالة case study هي المنهج المعياري لدراسة نتيجة العلاج النفسي ومع تقدم العلاج النفسي ونموه برزت صور متعددة من العلاج النفسي حيث وصلت الآن إلى ما يزيد على مائتين وخمسين نوعاً ( كورسينى ١٩٨١ Corsini ) ولدراسة العلاج النفسي بشكل مناسب نحتاج إلى عينات ضخمة من المبحوثين ومراجعات للبحوث المتعددة بوصفها طرقاً مناسبة لدراسة مدى فاعلية العلاج النفسي .

وفي عام ١٩٥٢ حدث أمر استثار إجراء البحوث في مجال فاعلية العلاج النفسي وهو أن هانز أيزنك Hans Eysenek نشر مقالة تنتقد تأثيرات العلاج النفسي وفيها شكك في افتراض أن العلاج النفسي فعال ، فقد درس البيانات المتعلقة بنتائج العلاج النفسي لدى ٨٠٥٣ عميل منشورة في ٢٤ مقالة بحثية وقد اعتمد على مقاييس تتكون من بيانات التسريح discharge data من مستشفيات ولاية نيويورك ومقدار التحسن لدى المرضى الذين تلقوا العلاج النفسي في مقابل العينة الضابطة ، وقد بين أن المرضى الذين تلقوا العلاج النفسي لم يتحسنوا بقدر أكبر من أفراد المجموعة الضابطة .

وقد بين أيزنك أن ثلثي العصابيين الذين لم يتلقوا العلاج تحسنوا أيضاً أثناء نفس الفترة الزمنية . ومع إجراء مزيد من المراجعات للدراسات قرر أيزنك أنه لا يوجد دليل بحثي قاطع يدعم نظرية أن العلاج النفسي للعصابيين أكثر فاعلية من عدم العلاج ، وقد أثارت نتائج أيزنك الكثير من الجدل فأجرى الباحثون عدداً من الدراسات هدفها الإجابة على سؤال أساسي مؤداه :- ***هل العلاج النفسي مفيد أم لا؟***

ولقد قام باحثون آخرون بإعادة دراسة بيانات أيزنك وانتقدوا منهجه في البحث مثل بيرجن ١٩٦٦ Bergin الذي أعاد حساب بيانات أيزنك بعد استبعاد فئات عديدة من المرضى ، وتوصل إلى نتيجتين مهمتين : -

***أولاهما :*** أن مقدار التحسن نتيجة العلاج النفسي أكبر مما قرره أيزنك .

***وثانيتهما :*** أن معدل الشفاء التلقائي spontaneous remission أقل مما قرره أيزنك .

وقد أدت إعادة تفسير نتائج أيزنك وإجراء مراجعات بحثية علاجية أخرى إلى تقرير أن نتائج العلاج النفسي إيجابية مع وجود عدد قليل من المرضى الذين لا يبدو عليهم التحسن أو يتدهورون على الرغم من تلقيهم للعلاج .

وقد أدى الجدل حول ما إذا كان العلاج النفسي فعالاً أم لا إلى فحص المنهج المستخدم في دراسات تحديد مدى فاعلية العلاج النفسي ، وقد تبين أن إجراء مقارنات ذات معنى أمر صعب ، ووجد الباحثون نواحي قصور في المنهج العلمي المستخدم في عديد من دراسات نتائج العلاج ، فعديد من الدراسات الباكرة فشلت في الحصول على مجموعات ضابطة كافية أو مناسبة ، واستخدمت عينات أو معايير غير قابلة للمقارنة .

وقد رأى الباحثون أننا لكي نخرج باستنتاجات صحيحة عن مدى فاعلية العلاج النفسي ينبغي أن يكون لدينا عدد من العوامل المتناظرة في الدراسات المختلفة لعمل مقارنات مناسبة بين دراسات النتائج العلاجية ، ومن أهم تلك العوامل طبيعة العينة nature of the sample ومقدار ونوعية العلاج amount and quality of therapy وطبيعة الاضطراب وبدايته ومدته ومدى دقة تعريفات الاضطراب ، والحالات القابلة للمقارنة بين الدراسات ، ومدة متابعة الحالات بعد انتهاء العلاج ، وعمقها ، والمتغيرات المتعلقة بالمعالج ، والعملية العلاجية .

علاوة على ذلك للاطمئنان إلى مدى سلامة المنهج ينبغي أن تكون وسائل تقييم نتائج العلاج أو فاعليته مستقلة عن المعالج مما يستدعي وجود من يؤكد دقة البيانات بشكل مستقل عن المعالج .

ومنذ عام ١٩٨٠ استخدم الباحثون أسلوباً إحصائياً يسمى التحليل البعدي Meta-analysis وهو إجراء كمي يسمح بإجراء تحليل إحصائي لمجموعة من الدراسات المستقلة ، ويزوده بأسلوب موضوعي نسبياً لتقييم البيانات الموجودة والخروج بنتائج تتعلق بالدلالة الإحصائية وتلخص حجم التأثير العلاجي عبر الدراسات المتعددة ، والخروج باستنتاجات من النتائج المجمعة .

وقد كان سميث و جلاس ١٩٧٧ Smith & Glass هما أول من أجرى دراسة كبيرة للدلالة الإحصائية للعلاج النفسي باستخدام فنيات التحليل البعدي ، وقدما أول تحدي يتسم بالإقناع للزعم القائل بأن العلاج النفسي ليس فعالاً . لقد قام سميث وجلاس بمراجعة ما يزيد عن ( ٤٧٥ ) دراسة ، وحسبا مقدار تأثير العلاج النفسي وقررا أن المرضى الذين تلقوا العلاج كانوا أفضل من ٨٠% من المرضى الذين لم يتلقوا العلاج ( أفراد المجموعة الضابطة ) .

وبعد دراسة سميث و جلاس ١٩٧٧ أجرى الباحثون عديداً من المراجعات البحثية باستخدام التحليل البعدي ، وتوصلوا إلى نتائج مؤداها أن العلاج النفسي مفيد وله تأثيرات كلينيكية دالة ، ولكن ليس كل المرضى يستفيدون من العلاج النفسي كما أن بعضهم يعاني من تأثيرات جانبية سلبية .
واستناداً إلى عديد من مراجعات التراث البحثي سواء باستخدام الوسائل التقليدية للتحليل الإحصائي أو باستخدام التحليل البعدي خرج الباحثون باستنتاج لا يقبل الجدل مؤداه أن الجهود المنظمة من جانب المعالجين النفسيين المدربين تؤدي إلى تخفيف المعاناة النفسية ونتائجها أفضل من نتائج المجموعة الضابطة التي تتعاطى دواءاً زائفا ، أو التي في قوائم الانتظار أو التي لا تتلقى علاجاً على الإطلاق .
وهناك نتيجة أخرى إضافية خرجت بها دراسات التحليل البعدي وهي أن المرضى الذين أحرزوا تقدماً في العلاج حافظوا على ذلك التقدم واستمروا فيه ، وعلى الرغم من أن التحليل البعدي وسيلة متطورة لدراسة فاعلية العلاج النفسي إلا أنه ليس إجراء إحصائياً كاملاً لأنه يقتصر على دراسة الفروق الموجودة في الدراسات التي يشملها التحليل ، كما أن هناك صعوبة في ترجمة المعلومات الإحصائية إلى بيانات كلينيكية ذات معنى .
وحين يثبت علاج نفسي أنه مفيد يكون السؤال التالي هو : *أي الوسائل العلاجية أكثر فاعلية أو فائدة ؟*
يبذل الباحثون جهداً كبيراً في محاولة إثبات تفوق صورة من صور العلاج على صورة أخرى ، وعلى الرغم من إثبات أن التوجهات العلاجية مثل العلاج السيكودينامي والعلاج المركز على العميل والعلاج السلوكي والعلاج المعرفي فعالة ؛ إلا أن الفروق في الفاعلية لم تكن متسقة ولم تكن واضحة ، ولم يجد الباحثون نوعاً من العلاج النفسي متفوقاً على الآخر على المدى الطويل .
وهناك بعض الدراسات بينت أن فنيات علاجية معينة ( سلوكية ومعرفية وتوفيقية خليطة ) مفيدة في علاج اضطرابات معينة مثل التهتهة stuttering والفوبيات phobias والقهور compulsions والعدوان aggression والمشكلات الجنسية sexual problems ولكن لا يوجد دليل واضح على فاعلية نوع معين من العلاج النفسي وأفضليته على نوع آخر .
ومن ثم تضمنت الأسئلة البحثية الحديثة أسئلة من نوع :-
ما هي التأثيرات الخاصة لفنيات علاجية معينة على أعراض symptoms أو أمراض disorders معينة ؟

وفي حين كانت الكثير من بحوث العلاج النفسي تتناول قضايا أخرى خلاف الفاعلية في حد ذاتها حدثت ضغوط لدراسة أية صورة من صور العلاج النفسي فعالة كلينيكيا clinically effective وفعالة إقتصاديا من حيث التكلفة cost effective بالمقارنة بالصور البديلة مثل العلاجات الدوائية.
و يعتبر بيان أن أي صورة من العلاج النفسي فعالة أمراً ضروريا لقبول العلاج النفسي في المجتمع العلمي ولدى المستهلكين ومن يدفعون تكلفة العلاج .
وقد تمت إثارة عديد من القضايا الخلافية controversial والمهمة في بحوث الفاعلية وإحداها هي كيفية المقارنة بين العلاج القصير المدة short-term والعلاج الطويل المدة long-term من حيث الكفاءة. وما مقدار العلاج النفسي الذي يعتبر مثاليا للحصول على الحد الأقصى من الفاعلية الإكلينيكية والفاعلية الاقتصادية؟. وهناك عدد من الدراسات التي بينت أن الوسائل العلاجية المختصرة brief methods فعالة تماماً وتماثل في نجاحها العلاج الطويل المدة .
وفي عام ١٩٨٠ وما بعدها بدأ جيل جديد من بحوث فاعلية العلاج النفسي وقد مكن استخدام الحاسبات الآلية ذات السرعة العالية الباحثين من إجراء بحوث وبائية دقيقة ، ومعرفة نسق تقديم العلاج النفسي ( فيليبس ١٩٨٥ Phillips ) وقد بين منحنى تسريح المرضى في العلاج النفسي Psychotherapy attrition curve أن نسبة تتراوح من ٣٠% - ٥٠% من المرضى لا يعودون إلى العلاج بعد الجلسة الأولى ؛ مما يعني أننا ينبغي أن نهتم بمقدار الشفاء التلقائي spontaneous recovery في بحوث العلاج النفسي وفي تفسير نتائجه .

## *فنيات العلاج النفسي*

يصل عدد أنظمة العلاج النفسي إلى بضع مئات وجميعها يحاول تغيير الشخص (المريض / العميل ) إلى الأفضل ، ويركز بعضها على السلوك الصريح overt behavior ويركز بعضها على المعارف cognitions أو التصورات العقلية ويركز بعضها على الوجدان affect أو الانفعال emotion ، وأيا كان مركز الاهتمام يتضمن الاتفاق الرئيس بين المعالج والعميل حدوث بعض التغيير المتوقع لدى العميل ، وعلى سبيل المثال في حالة السلوك الصريح قد يتضمن التغيير زيادة السلوك المرغوب وتقليل السلوك غير المرغوب وتعديل السلوك الحالي بحيث يحدث في ظروف أكثر مناسبة مما كان يحدث عند بداية العلاج ، ومن الأنظمة العلاجية ما يركز على الماضي مثل الأساليب التحليلية النفسية ، ومنها ما يركز على الآمال والطموحات المستقبلية للعميل مثل الأساليب الوجودية .

ونقدم فيما يلي بعض الفنيات العلاجية المتنوعة :-

***التداعي الطليق* Free Association :-**

تنحصر هذه الفنية في تدريب المريض على الإقلاع عن كل موقف نقدي من أفكاره ومشاعره وأن يفصح عن كل شيء مهما بدت له فكرة ما مستهجنة أو سخيفة أو تافهة أو عديمة الصلة بالموضوع حيث تتضمن مسلمة الحتمية النفسية أن هناك علاقة ضرورية بين نقطة البدء وما يعقبها من خواطر وأحداث نفسية وقد تبين لفرويد أن مستدعيات المريض كانت أشبه شيء بتلميح إلى موضوع بعينه بحيث يتعين عليه أن يتتبعها حتى يكشف عن المعنى المتضمن فيها ويفسرها، وفي هذه الفنية يستمع المعالج للمريض بشكل غير ناقد ويسجل الصور العقلية التي يذكرها المريض على حسب تفضيله وترتيبه ويفسرها في وقت لاحق .
أما في طريقة كارل يونج Carl Jung فإن المعالج يطلب من العميل أن يستجيب لكلمات ينتقيها المعالج ويرتبها ، وتتراوح الاستجابات من كلمة واحدة إلى جملة قصيرة ويقوم المعالج بتفسير مضمون الاستجابة وتفسير أي تأخير delay يحدث في الاستجابة .

***تحليل الحلم* Dream Analysis :-**

إن الحلم كما يقول فرويد هو الطريق الأمثل إلى أعماق النفس ، وقد أقام فرويد الدليل على أن الحلم ظاهرة نفسية تحمل معنى ودلالة ، وإن انطمس المعنى وتوارت الدلالة ، ويمكن تلخيص سيكولوجية الحلم فيما يلي :-
أ- أن الحلم في جملته كما يبدو لنا أثناء النوم هو بديل محرف عن شيء آخر لاشعوري يمتنع علينا إدراكه وفهمه .
ب- إن التحريف في الحلم يشبه ما يتوسل به الصحفي عند نشر خبر لا ترضى عنه الرقابة ، فهو إذن ضرب من الإخراج المسرحي تشخص فيه أهواؤنا فترتوي بعد ظمأ ، وتلبس من الأقنعة ما يخفي حقيقتها فتصطنع من اللغة أساليب التورية والاستعارة والكناية وما إليها .
ج- إن أساليب الاستخفاء في الحلم يقصد بها مغافلة الدوافع التي تحض على العفة وتنهى عن المنكر فمهما غفت تلك الدوافع فهناك بقية من صحوة تزجر .

د – إن الأقنعة التي يصطنعها الحلم لا ترجع فقط إلى ضرورة مغافلة الرقابة وإنما ترجع أيضاً إلى طبيعة الطبقات السفلى من العقل الإنساني التي لا تخضع لقواعد المنطق التي يخضع لها عقلنا أثناء الصحو .

هـ – إن عمل الحلم أي الحيل التي تتحول بها الأفكار الكامنة اللاشعورية إلى المحتوى الظاهر للحلم هي :-

١ – التكثيف أي اختصار الأفكار الكامنة اختصاراً شديداً إما بحذف بعض العناصر الكامنة برمتها أو بالإبقاء على جزء واحد منها ، أو بالتحام العناصر الكامنة ذات الصفات المشتركة بعضها ببعض في الحلم الظاهر .

٢ – النقل ويعني تحويل التوكيد من عنصر مهم في الحلم إلى عنصر آخر لا أهمية له ويعنى أن يحل محل العنصر الكامن حامل المعنى الحقيقي عنصر آخر لا يرتبط به إلا برباط الإشارة والتلميح .

٣ – تحويل الأفكار إلى صور ذهنية بصرية وهو ضرب من ارتداد الأفكار المجردة إلى صورها العيانية .

٤ – الصياغة الثانوية ووظيفتها جمع نتائج الحيل السابقة وصياغتها صياغة مأساوية جديدة تجعل الحلم الظاهر مستغلقاً على الفهم .

٥ – الرمزية : والرمز في معناه العام هو أي شيء يحيل إلى شيء آخر أو يقوم مقامه أو يدل عليه ، والرمزية في التحليل النفسي تشير إلى ضرب من التعبير المصور ذي طابع عياني عن شيء أو موضوع ما يشترك فيه أفراد الجنس البشري في كل زمان ومكان مثال ذلك أن يرمز في الأحلام وفي الأساطير وما إليها للولادة بالخروج من الماء . ( مصطفى زيور ١٩٧٥ ، ص ٢٤١ )

وفي فنية تحليل الحلم يتذكر المريض قصة الحلم أي المحتوى الظاهر manifest content ويقوم التفسير على المحتوى الكامن underlying or latent content للحلم والذي يعبر عن وجود رغبة ، وحيث أن الرغبات تتضمن في الغالب صدمة ماضية فإن الشخص يحاول أن يموه المعنى الحقيقي للحلم ، ومن ثم يقلل الألم .

ولننظر الآن في حلم ونحاول تفسيره بطريقة التحليل النفسي كما ذكر مصطفى زيور رائد التحليل النفسي في مصر والعالم العربي في سلسلة من محاضراته للإذاعة المصرية " في التحليل النفسي " :-

فتاة رأت في الحلم رجلاً يحاول أن يمتطي فرساً صغيراً أسمر اللون عصبي المزاج فيفشل ثلاث مرات فلما حاول المرة الرابعة نجح وانطلق يعدو بالفرس جيئة وذهاباً .

ليس في هذا الحلم شيء غريب فهو مشهد عادي مما قد يراه الإنسان في اليقظة فهل نقتنع بذلك ونقول لعل هذه الفتاة قد رأت بالأمس منظراً من هذا القبيل فشغلها أثناء النوم . ولكن لِمَ شغلها هذا المنظر بالذات دون غيره من المناظر الكثيرة التي مرت بها في أمسها؟ ولِمَ فشل الرجل ثلاث مرات ونجح في الرابعة؟ ثم لِمَ لا نسأل الفتاة نفسها ؟ أليست هي التي رأت الحلم فلابد أنها تعرف عنه أشياء لا نعرفها نحن .

قالت هذه الفتاة عن الفرس الصغير أنه من نوع السيسي ؛ ولما اطلقت خواطرها على سجيتها ذكرت أن أهلها ومعارفها يدعونها سوسو، وأن والدها كان أثناء طفولتها يدعوها أحياناً سيسي لكثرة قفزها وعدوها . إذن فهي السيسي وهاهي ذي تنتبه الآن إلى أن ما ذكرته من أوصاف الفرس ينطبق عليها : فهي أيضاً سمراء اللون عصبية المزاج . لنسألها الآن عن الرجل الذي رأته في الحلم : قالت أنها لا تعرفه ثم ذكرت أنه كان يضع قفازه في يده بطريقة تشبه طريقة خطيبها . وبقى ان نعرف شيئاً عن المحاولات الثلاثة الفاشلة: قالت أنه لا يخطر لها شيء عن ذلك ، ثم سكتت وفجأة احمر وجهها ثم قالت بأنها خرجت مع خطيبها يوماً للنزهة وتبادلا عبارات الحب والوفاء ولاطفها خطيبها وأمعن في ذلك ولكنها صدته في الوقت المناسب وعاود المحاولة مرة ثانية فثالثة فكانت تردعه كل مرة في حزم . والآن إذا عدنا إلى الحلم نجد أن الرجل قد حاول محاولة رابعة فنجح ؛ فالفرق واضح بين ما حدث في اليقظة وما حدث في الحلم وقد فطنت إليه الفتاة من تلقاء نفسها ، ولم تكن تدرك ذلك قبل تحليل الحلم. ( مصطفى زيور ١٩٨٢ ص٢٣٣-٢٣٤ )

أما كارل يونج فيعتبر المعنى الكامن للحلم توصية من الذات الداخلية Inner self للشخص الواعي وهناك عديد من الأحلام تنتهي بحل المشكلة المعاصرة وتكون الأحلام من نوع تصحيح الذات Self-correcting وإذا أساء العميل أو المعالج تفسير الحلم تعيد الذات إرسال الرسالة بصورة أوضح .

ويعتبر الفرد أدلر Alfred Adler الحلم مثالاً على حل المشكلة وهو تجربة أو بروفة للسلوك أو الفعل المستقبلي .

## ***الطرح أو التحويل transference :-***

ويقصد به في التحليل النفسي عملية تتحقق بها الرغبات اللاشعورية في خبرة نعيش فيها مع فرد بعينه أو أفراد بعينهم نمطاً من العلاقة الوجدانية التي تقوم بين

الفرد الذي يعيش هذه الخبرة والفرد موضوعها ، وخاصة العلاقة الوجدانية التي تقوم أثناء العلاج بالتحليل النفسي حيث يستشعر المريض انفعالات معينة إزاء المعالج . ويقوم الدليل على أن هذه الانفعالات تكرار لنماذج وجدانية تمتد جذورها إلى سنوات الطفولة ويعيش فيها المريض بوصفها مشاعر تنتمي إلى الحاضر وتغيب عنه مصادرها الأصلية في ماضيه .

وتبدو أهمية التحويل في العلاج النفسي أنه يعتبر الحقل الذي تجري فيه استراتيجية العلاج وتكتيكاته ، ويعتبر حسن تناول موجاته المتلاحقة المختلفة بالتفسير الملائم لمرحلة معينة من مراحل النمو النفسي هو الأداة الرئيسة في العلاج بالتحليل النفسي ، ويضع العميل ثقته في المعالج ويطمئن إليه ويقبل بالفعل الاقتراحات التي يبديها . ( مصطفى زيور ١٩٧٥ ص ١٢٩ ــ ١٣٠ )

ويقرر كارل روجرز Carl Rogers أن المعالج ينبغي أن يكون أصيلاً في علاجه وأن يعبر عن مشاعره في لحظتها من خلال علاقة إنسانية إيجابية ، ويؤكد يونج Jung على قبول acceptance المعالج للعميل بكل نواحي قصوره وأن يكون منفتحاً بشكل أصيل في تعبيره عن مشاعره .

وفي الإرشاد النفسي عن طريق إعادة التقويم re-evaluation counseling لدى هارفي جاكينز Harvey Jackins يسأل المعالج العميل أثناء حديثه أسئلة ليست للحصول على معلومات ولكن لطمأنة العميل أنه يستمع باهتمام لكل عبارة يقولها .

وفي علاج التأثير الأجتماعي social influence therapy لدى جون جليس John Jillis يبني المعالج توقعات لدى العميل من خلال بعض الطقوس الحادة مثل حلق الرؤس في بعض جماعات العقاقير أو بالانعزال مثلما يحدث في العلاج الأولي Primal Therapy أو تحديد مواعيد غير مناسبة للقاء inconvenient appointment time .

***التفسير Interpretation :-***

التفسير أو التأويل هو استخلاص المعنى من أقوال أو سلوك أو تصرفات الفرد والمضامين الكامنة وراء أحلامه وهفواته وتخييلاته ، وتمثل عملية التأويل جوهر التحليل النفسي الذي يستهدف منه وصول المريض إلى معاني سلوكه وأفعاله وأحلامه وأعراضه المرضية فمن خلال فهمه ووصوله إلى المضمون النفسي لها تنبثق عنده معرفة تقوده في نهاية المطاف إلى الشفاء ، ولقد رأى فرويد أن المحلل

النفسي ينبغي له أن يتخلى من حين لآخر عن الاتجاه غير النقدي في التحليل النفسي من أجل تقديم التفسير . ( فرج طه ٢٠٠٥ ص ١٧٢ )
وقد كان ألبرت إليس Albert Ellis يخبر المرضى أن الحدث الخارجي السيء ليس هو الذي يجعلهم يشعرون بالاكتئاب ولكنه تصويرهم غير العقلاني له على أنه كارثة هو الذي يسبب هذا الألم .
وقد كان هاري ستاك سوليفان Harry Stack Sullivan يغلف تفسيراته للمرضى الشديدي الاضطراب في شكل فروض يمكنهم قبولها أو رفضها .
وفي علاج حل الصراع conflict resolution therapy لدى لاكن فيليبسLakin Phillips يساعد المعالج العميل على صياغة طبيعة الصراع الكامن وراء المشكلة ثم يطلب منه تقديم الحل ، ويكون ذلك الحل في الغالب من خلال لعب الدور ، ومع تحسن قدرة العميل على تحليل مواقف صراعية معينة يتوقف المعالج عن التوجيه . وقد كان كارل روجرز يبذل جهداً كبيراً ليتجنب التفسير .

***العلاج باللعب Play Therapy :-***

إنك حين تعيش في حالة من اللعب ؛ فإن ذلك يعني أن تعيش بشكل أكثر إنسانية إننا في اللعب نؤكد وجودنا ونثبت قيمتنا ( كوسيزين ١٩٧٧ Kusyszyn ) وعند دراسة تعريف اللعب يكون الافتراض الأساسي هو أن الإنسان لا يولد حراً ولكن عليه أن يصير حراً وبمعنى آخر فإن اللعب لايمكن أن يكون" تحرراً من" ولكنه " تحرر من أجل " .
إن الإنسان ينبغي أن يفوز بحريته ، وعليه أن يشعر بحريته وذلك بأن يحيا كل لحظة منها إلى أقصى حد ممكن ، ولكي نكون أحراراً ؛ ومن ثم نعرف اللعب ( الذي يعني معرفة الذات ) فإن معنى ذلك أن نتحقق من الأهمية القصوى لوجودنا والتفاهة المطلقة له في نفس الآن ، وأن نلعب فإن ذلك يعني أن نقبل التناقض في ممارسة ما هو ضروري ، وغير مهم في نفس الآن ، وفي اللعب فقط يمكننا أن نلزم أنفسنا كلية بتحقيق هدف يصبح بعدها بدقائق نسياً منسياً .
إن اللعب ضروري لإثبات حياتنا وتوكيدها ، ومن خلال اللعب نقدم حلاً لمتاهة وجودنا . إن حياتنا تكمن في اللعب ، و حين نتسلل خلسة إلى اللعب ؛ فإننا نتسلل إلى خبرة الذات حيث نستطيع أن نجد مخرجاً لما بداخلنا ، ونستجيب لأنفسنا وللآخرين وللبيئة بطريقة شخصية لا يمكن التنبؤ بها ، وحين نخرج من اللعب

نخضع للنظام ونفقد شعورنا بالحرية الشخصية ، ونفشل في رؤية تناقضات كل شيء نعتبره مهماً .
إن الشخص في اللعب لا تحركه القوى الخارجية ، ولكنه يكون مدفوعاً بصفة أساسية من داخله ، وحين نتحقق من أن توكيد حياتنا يقع إلى حد ما داخل نطاق سيطرتنا ؛ فإن ذلك يجعلنا نشعر بالمسؤلية تجاه وعينا بوجودنا الشخصي ( وايت White ١٩٥٩ ) وحين نعيش في اللعب فإننا نؤكد وجودنا ونحتفي بالحياة ونستكشف حدوداً جديدة تعطي حافزاً إضافياً لوعينا النامي ، ويعني ذلك أننا نستخدم عيوننا وآذاننا وبراعم التذوق وأنوفنا وجلدنا ورئتينا وقلوبنا كي نخبر العالم كما هو في الواقع ، وليس كما نحب أن يكون ، وليس كما صوره أحد الأشخاص .
ويزودنا اللعب بالفرصة لإشباع حاجتين أساسيتين هما الحاجة إلى النمو والحاجة لممارسة دور إيجابي ، وتهتم النظرية التحليلية بمحددات سلوك اللعب ونتائجه ويتم تفسير محددات اللعب من خلال القلق وحل الصراع . ويؤدي اللعب وظيفته العظمى من خلال تيسير السيطرة على الصراعات المثيرة للقلق ، ومن خلال حل الصراع يتقدم الإنسان في نموه حيث يستخدم الإنسان طاقته الليبيدية استخداماً إنسانياً إبداعياً بدلاً من استخدامها في ميكانيزمات الدفاع واستراتيجيات حل الصراع الأخرى . ( جوزيف ليفي ١٩٧٨ )
والعلاج باللعب هو فنية علاجية لعلاج الأمراض النفسية لدى الأطفال وفيه يعطى الطفل فرصة للتعبير عن مشاعره و رغباته المكبوتة من خلال موقف اللعب الذي يتسم بالسماحة . وعملاء العلاج باللعب يكونوا من الأطفال الصغار على وجه الخصوص ، وفيه يزود المعالج العميل بعدد من الدمى والأشكال البشرية وأشياء أخرى في صندوق مملوء بالرمل ويطلب منه المعالج أن يحكي قصة عن هذه الأشكال من خلال تفعيلها بينهم ، ويسأل المعالج العميل أسئلة عن الشخصيات والأحداث ( أكسلين ١٩٦٤ Axline ) .

## *السيكودراما Psychodrama :-*

هي أسلوب في العلاج بدأه جاكوب مورينو Jacob Moreno فيه يمثل المرضى مسرحيات عن صراعاتهم أبطالها هم الناس المهمين في حياتهم . وهي إجراء استعاره مورينو من المسرح حيث يتحرك العميل ويتحدث عن ظروف حياته بأسلوب مناجاة النفس soliloquy وقد يعرض العميل نفسه مع فرد آخر من أفراد

الجماعة يتصرف ويتحرك مثلما يفعل العميل بالضبط ، وفي أزواج متعددة يشترك أفراد آخرون يصور كل منهم كيف يستجيب العميل في نقطة معينة من الماضي أو المستقبل ، وقد يصور أحد أفراد الجماعة في المرآة كيف يتصرف العميل في الوقت الذي يتخذ فيه العميل موقف الملاحظ . وفي قلب الأدوار role reversal يؤدي العميل دور شخص مهم في حياته مثل أمه على سبيل المثال في حين يؤدي فرد آخر من أفراد الجماعة دور العميل نفسه .

***العلاج الجماعي Group Therapy*** :-

هو أحداث ووقائع تتم داخل جماعات ذات تنظيم رسمي يقودها قائد متمرس ويهدف إلى إحداث تغيير في أفراد الجماعة نتيجة لتفاعلات محددة داخل الجماعة ويعرف بيرن Berne١٩٧٣ العلاج النفسي الجماعي بأنه علاج يقوم به معالج نفسي مدرب لأكثر من مريض في وقت واحد في غرفة ولفترة زمنية محددة بهدف تخفيف أعراضهم المرضية ، أو إحداث تغيير في شخصياتهم .ويرى لطفي قطيم ١٩٩٣ أنه أحد الوسائل التي نلجأ إليها لتقديم العون للأفراد الذين يعانون من مشكلات في علاقاتهم بأنفسهم وعلاقاتهم بالآخرين .
وقد ذكر جوليان روتر ١٩٨٩ أن العلاج النفسي الجماعي هو موقف خاص تتاح فيه الفرصة للمريض لكي يتعلم مهارات جديدة ومفاهيم صحيحة ومعرفة كافية وقدرات موجهة ليفض صراعاته ويحدث تغييرات تساعده على التوافق مع الذات ومع الآخرين ؛ فهو ليس علاجاً للمرض فقط بل إنه يعد خبرة نمو للأسوياء .
ويستند العلاج النفسي الجماعي إلى أسس نفسية اجتماعية تحتم ضرورة الاستعانة بالجماعة كوسط علاجي لتصحيح سلوك المريض وتقويم انحرافاته ، ومن هذه الأسس النفسية ما يلي :-

١. إن الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية اجتماعية لا بد من إشباعها في إطار اجتماعي مثل الحاجة إلى الأمن والنجاح والحب والتقدير والانتماء والمسؤلية نحو الآخرين والمسايرة والضبط والتوجيه .... إلخ .
٢. تتحكم المعايير الاجتماعية في سلوك الفرد وهي التي تحدد له الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها في المجتمع ويخضع الفرد للضغوط الاجتماعية ويرتبط بنمط العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي السائد في الجماعات التي ينتمي إليها .

٣. تعتبر العزلة الاجتماعية سبباً من أسباب المرض النفسي ، وعاملاً من عوامل تدعيمه وتثبيته .
٤. يؤثر التفاعل الاجتماعي بين المرضى في الجماعة العلاجية على جميع أفرادها مما يجعل كلاً منهم مرسلاً ومستقبلاً للتأثيرات العلاجية حيث لا يعتمد العلاج على المعالج النفسي وحده بل يعتبر المرضى في الجماعة العلاجية مصدراً من مصادر العلاج .

ويعتمد العلاج النفسي الجماعي في فاعليته على عدة عوامل أهمها :-

١ – التخلص من الشعور بالاختلاف حيث يؤدي وجود المريض بين المرضى الآخرين في الجماعة إلى الاقتناع بأنه ليس وحده الشاذ ، وأنه ليس مختلفاً عن الآخرين ، وأن المشكلات النفسية صعوبات عامة تقابل الناس عموماً .
٢ – تخفف المريض من مقاومته للتحدث عن مشكلاته الانفعالية .
٣ – ممارسة النشاط العملي والاجتماعي المتنوع داخل الجماعة وهو يشمل النشاطات الجسمية والعقلية المعرفية والانفعالية والاجتماعية .
٤ – التنفيس الانفعالي وتكوين علاقات اجتماعية جديدة .
٥ – التوافق الاجتماعي حيث تمد الجماعة الأعضاء بالخبرات التي تفيد في تعليمهم أو إعادة تعليمهم الوسائل المفيدة في التوافق الاجتماعي .
٦ – وصول أفراد الجماعة إلى الاستبصار بطبيعة مشكلاتهم وأسبابها وكيفية التغلب عليها .
٧ – إعادة تنظيم الشخصية .
٨ – الحصول على المساندة والتدعيم من باقي أفراد الجماعة .
٩ – تنبيه الملكات الشخصية لدى أفراد الجماعة .
١٠ – التدريب على سلوكيات جديدة أكثر توافقاً .

وقد يتراوح حجم الجماعة العلاجية بين ٣ – ١٥ فرداً إلا أن معظم المعالجين يعتبرون الحجم الأمثل لها من ٨ – ١٠ أفراد حيث أن المجموعات الأقل من خمسة أفراد يميل أفرادها إلى أن يكونوا أصدقاء مقربين مما يعوق العملية العلاجية ، أما المجموعة الكبيرة فتميل إلى عزل أفرادها وانطوائهم وعدم إتاحة الفرصة لهم للتعبيرعن مشكلاتهم . ( أشرف مصطفى ٢٠٠٣ ص )

ويعقد معظم المعالجين جلسة واحدة أسبوعياً مع الحفاظ على استمرارية الجلسات ويتراوح طول الجلسة من ساعة إلى ساعتين بمتوسط مقداره ساعة ونصف .

ويفضل معظم المعالجين أن تكون الجماعة العلاجية غير متجانسة قدر الإمكان من حيث النوع والمستوى الاقتصادي الاجتماعي والتعليمي والعمر والتشخيص الكلينيكي لتحقيق أقصى تفاعل ممكن بين أفراد الجماعة .

***المقابلة الموجهة Directive Interviewing :-***

المقابلة هي لقاء بين شخصين يتحدثان معاً عن موضوع ما له أهميته بالنسبة لهما وتتميز المقابلة بما يلي :-

١ - بأن لها هدف واضح معلن يعرفه كلا الطرفين وهو حصول القائم بالمقابلة على معلومات من العميل وأن طرفي المقابلة يوافقان على موضوع المقابلة مسبقاً وبشكل صريح .

٢ – تكرار الأسئلة مطلوب في المقابلة لأنه يمكن القائم بالمقابلة من أن يتحقق من ثبات المعلومات التي يحصل عليها من العميل ، ولأن الباحث حين يسأل نفس السؤال بطرق مختلفة فإن ذلك يمكنه من الكشف عن معلومات جديدة كان يمكن أن تظل خافية عنه .

٣ – في المقابلة يكون إلقاء الأسئلة قاصراً على القائم بالمقابلة ، وإذا سأل العميل أسئلة فإن ذلك يكون بناء على طلب القائم بالمقابلة .

٤ – يعبر القائم بالقابلة عن الاهتمام أو التجاهل نحو بعض الموضوعات حيث يكون هدفه هو تشجيع تدفق المعلومات من العميل والاهتمام والتجاهل طريقتان مهمتان لاستثارة ذلك حيث أنهما تجعلان العميل يطمئن أن ما يقوله له قيمة ومثير للاهتمام .

٥ – تتطلب المقابلة أن تكون كل المعلومات الموجودة في إجابات العميل مجهولة بالنسبة للقائم بالمقابلة ويكون هدف المقابلة هو إخراج تلك المعلومات من داخل العميل إلى حيز الوضوح و الصراحة .

٦ – ينبغي أن تكون الإجابات في المقابلة تفصيلياً قدر الإمكان وينبغي أن يهتم القائم بالمقابلة باستثارة التفاصيل من العميل باستخدام أسئلة مثل : هل يمكنك إضافة المزيد من المعلومات عن ذلك ؟ هل يمكنك أن تشرح ذلك ؟ ( رزق سند ٢٠٠٤ ص ٩٧ – ١٠٠ )

وفي المقابلة الموجهة يسأل المعالج العميل مجموعة متسلسلة من الأسئلة أو يطلب منه الاستجابة لمقياس مقنن والشكل المحدد منها يستخدم للحصول على معلومات لها أهمية خاصة لدى المعالج مثل المستدعيات المرتبطة بعملية الولادة لدى أوتو رانك Otto Rank .

## المقابلة غير الموجهة Nondirective Interviewing

وفي هذا النوع من المقابلة لا يعد المعالج قائمة بالأسئلة سلفاً ، ولكنه يقرر الأسئلة التي سوف يسألها للمبحوث لحظة بلحظة اعتماداً على المعلومات التي يتطوع بها العميل نفسه ، وتبدأ المقابلة بأن يبين المعالج للعميل الموضوعات التي سيتم تناولها في المقابلة ، ويطرح عليه سؤالاً تمهيدياً وحين يتوقف تدفق الأفكار لدى العميل يسأله المعالج أسئلة أخرى لكي يحصل على توضيح لبعض النقاط أو لكي يثير موضوعاً جديداً . ( رزق سند ٢٠٠٤ ص ١٠١ – ١٠٢ )

وقد أوصى كارل روجرز ١٩٥١ Carl Rogers بهذا الإجراء حيث يطلب المعالج من العميل أن يتحدث بأقل قدر من التوجيه ، وتقتصر تعليقات المعالج على إعادة وتكرار العبارات التي قالها العميل أو إعادة صياغتها ووصف درجة المشاعر التي عبر عنها العميل ، ويشجع المعالج عميله على توكيد ما فهمه أو تصحيحه .

## المقابلة الهاتفية Telephone Interview :-

تقلل المحادثات الهاتفية من الإشارات والتلميحات الاجتماعية ، ومن ثم فإنها تبدو مفيدة مع الأفراد الذين يتسمون بالقلق وعدم الاستقرار الانفعالي والذين يعتبرون المعالج النفسي شخصاً شديد التهديد ( جروميه ١٩٧٩ Gromet ) .

وهناك معالجون آخرون يرون أن تواصل مثل هؤلاء العملاء مع المعالج عن طريق الكمبيوتر computer terminals أمر مفيد لهم . وهناك بحوث أجريت لمعرفة مدى فاعلية تقديم برامج علاجية للمساعدة الذاتية عن طريق الإنترنت تحت إشراف معالج مختص للتغلب على بعض الاضطرابات مثل بحث ليتز وآخرين ( ٢٠٠٤ ) Litz et al الذي أجري لتقديم برنامج تدخل علاجي للمساعدة الذاتية عن طريق الإنترنت لعلاج اضطراب توتر ما بعد الصدمة ( PTSD ) وقد ناقش فيه الباحثون كيفية استخدام البرنامج كأداة ذات فاعلية لمعالجة أعداد كبيرة من الأفراد الذين تعرضوا لصدمات ، وقد استخدم الباحثون صورة معدلة من التدريب على التحصين ضد الضغوط Stress Inoculation Training وذلك من خلال الواجبات المنزلية اليومية التي يكتمل أداؤها في الحياة الواقعية In Vivo ومع أقل قدر من تدخل المعالج بدلاً من العلاج وجهاً لوجه .

## التخيل Imagination :-

يشير التخيل إلى إعادة تشكيل الإدراكات السابقة من خلال إيجاد صور أو أفكار جديدة لها ؛ فكأنه لا يستعيد الصور أو الأفكار أو المدركات القديمة وما إليها كما هي بل ينشئها إنشاءاً جديداً مبدعاً يتسم بإمكانية التحقق مع أصالتها إذا لم تكن شائعة أو معروفة من قبل ، أو هو إنشاء خيالي يستحيل تحققه فهو وهمي لا يناغم الواقع (حسين عبد القادر ٢٠٠٥ ص ٢٠٠ )

وفي العلاج النفسي الذي صممه أخطر أحسن Akhter Ahsen يطلب المعالج من العميل أن يتخيل نفسه في موقف الإذلال المرتبط بالفشل ، ثم يطلب منه أن يتخيل نفسه في موقف الفخر المرتبط بالنجاح ، ويطلب من العميل أن يدلي بأوصاف تفصيلية لمشاعره في كلا الموقفين ، والرسالة الكامنة وراء ذلك هي أن يشعر العميل أنه المسيطر ، وأنه يمكنه أن يختار لنفسه مشاعر النجاح أو الفشل .

وفي التحصين المنهجي systematic desensitization والذي صاغه جوزيف فولبه Joseph Wolpe يطلب المعالج من العميل وهو في حالة استرخاء عميق أن يتخيل سلسلة من المواقف المثيرة للحصر والمتدرجة من حيث الشدة وفق متصل يحدد شدتها من أقلها إثارة للقلق إلى أكثرها إثارة للقلق ، وعلى سبيل المثال فإن الشخص الذي يخاف من الاختبارات يطلب منه المعالج أن يتخيل المعالج وهو يخبر الطلاب في الصف أنه سيختبرهم قريباً ، ثم يطلب منه أن يتخيل نفسه وهو يذاكر استعداداً لذلك الاختبار ، ثم يتخيل نفسه وهو يختبر بالفعل ويعمل الاسترخاء على كف القلق الذي تستثيره المواقف المتخيلة ، ويعتبر الموقف المتخيل هو المثير ، والقلق الذي يستثيره ذلك الموقف هو الاستجابة غير المرغوبة ، والاسترخاء هو الاستجابة الجديدة ، وقد وجد أن القدرة على تحمل التخيل الضاغط يتبعه عامة انخفاض القلق في مواقف الحياة الواقعية المماثلة .

ويختلف هذا مباشرة مع أسلوب العلاج الانفجاري الداخلي Implosive Therapy لدى توماس ستومفل Thomas G. Stompfl وهو صورة سريعة من علاج التحصين فيها يستثير المعالج تخييلاً موجهاً يؤدي إلى إحداث القلق بمستوى عال مما يجعل القلق يغمر الفرد و يستخدم المعالج مباشرة أكثر المشاهد إثارة للقلق.

### تحليل السلوك المصور Analysis of videotaped behavior :-

وفي هذه الفنية يعرض المعالج على العميل فيلماً مصوراً ، ويطلب منه تفسير السلوك المعروض في الفيلم وفقاً لأبعاد معينة مثل التعبير الوجهي ، وتسلسل الكلمات ، والحركات الجسمية ، ويكون السلوك المعروض في العادة هو سلوك العميل نفسه .

وهناك صور أخرى من هذه الفنية فيها توضع شاشة عرض بشكل يراه العميل ويتحكم المعالج على الكاميرا بجهاز للتحكم من بعد ، ويركز على أجزاء الجسم المختلفة ، وذلك لمواجهة العميل في لحظة معينة بشكل مباشر .

### المواجهة Confrontation :-

وفي هذه الفنية يشير المعالج إلى فشل المريض في تقبل مسؤليته عن الشفاء في هجوم لحظي ، ويذكر المعالج أخطاء المريض مثل تضخيم exaggeration الشكاوى والتعميم الزائد over-generalization ويصفها بأنها غير منطقية وغير عقلانية ، و يمكن للمعالج أن يصور مشكلات المريض على أنها ترجع إلى سيناريوهات الحياة الخاطئة faulty life scripts المبنية على أهداف مستحيلة أو رغبة غير معقولة في الأمن ، أو تقليل المريض لقيمته الذاتية ، أو مفهوم عام خاطيء عن الحياة .

### الدعابة والمزاح والفكاهة Humor :-

وهنا يستخدم المعالج الأنواع المختلفة من الدعابة والمزاح والفكاهة لمواجهة العميل ، ويستخدم المعالج تضخيم السلوك اللاتوافقي لدى المريض إلى حد السخف absurdity ، ويستخدم المحاكاة الساخرة mimicry لسلوكه الذي يؤدي إلى هزيمة الذات self-defeat ويستخدم المعالج السخرية من السلوك الأحمق والتهكم sarcasm ، كل تلك الأساليب متحدة مع الدفء غير اللفظي والقبول .

### الرسائل المتعارضة Contradictory Messages :-

في العلاج التحريضي Provocative Therapy لدى فرانك فاريللي Frank Farrelly يوافق المعالج لفظياً على التشاؤم الذي يبديه العميل ، ولكنه على المستوى غير اللفظي يؤكد أن العميل يمكنه التغلب على ذلك ، ويشجع المعالج العميل على اختبار الواقع reality testing .

## الصمت Silence :-
كان ألفرد أدلر Alfred Adler في كثير من الأحيان يطبق يديه أثناء الجلسة العلاجية ، ولا يقول شيئا وذلك لإجبار العميل على التفكير في الدوافع والاستنتاجات . وهناك كثير من المعالجين يعتبرون الصمت فنية علاجية مهمة .

## العلاج التدعيمي Supportive Therapy :-
وفي هذا النوع من العلاج لا يعتبر المعالج عميله مريضاً ولكن يعتبره شخصاً متردداً ولا يجد في نفسه الشجاعة فيعمل على أن يزيد العميل من إيمانه بنفسه ولا يعتبر الأخطاء التي وقع فيها نهائية و قدرية . وحيث أن القلق لدى العميل قد تخطى ميكانيزماته الحالية للتغلب والدفاع يدعم المعالج العميل حتى تزداد قدرته على التغلب على مشكلاته .

## حديث المشاعر Feeling Talk :-
في التدريب على توكيد الذات assertiveness training يعلم المعالج عميله أن يعبر لفظياً وبشكل تلقائي عمدي عما يشعر به من انفعالات ، وحين لا يوافق العميل على ما يقوله المعالج يعبر عن شعوره من خلال المعارضة contradicting والهجوم attacking ويشجع المعالج العميل على استخدام ضمير المتكلم *أنا* بشكل عمدي .
وفي بعض الأحيان يقوم المعالج بتسجيل جلسة معيارية تسجيلاً مرئياً ، ويأخذ العميل مكان المعالج ، ويتم عرض الفيلم ويطلب المعالج من العميل أن يوقف عرض الفيلم عند نقطة معينة ويتذكر مشاعره ويعبر عنها ، ويحاول المعالج فهم المجالات المعرفية الوجدانية غير اللفظية .
وفي علاج حالة الأنا Ego state Therapy لدى جون وهيلين واتكنز John & Helen Watkins تتم صياغة المشاعر المختلفة للعميل في شكل شخصيات متعددة multiple personalities ويصف العميل كل أنا منها ويوضع في مقعد منفصل separate chair ويعطيه العميل اسماً وصفياً ويتم تحليل الصراعات عن طريق إعادة ترتيب نظام المقاعد حيث يتبنى العميل وجهة نظر المقعد الذي يجلس فيه حالياً ، ويتحدث مع الأنا الذي يحتل مقعداً آخر ، وقد يجعل العميل حالة من حالات الأنا تقوم بالوساطة بين حالتين أخريين من حالات الأنا .

### الشعر Poetry :-
الشعر هوقول موزون مقفى بشكل مقصود يتألف من صور تخييلية يعبر به قائله عما يحسه ويشعر به ويجده في نفسه . ( مجمع اللغة العربية ، المعجم الوجيز ١٩٩٩ ص ٣٤٤ ) وفي هذه الفنية يعبر العميل عن انفعالاته عن طريق قراءة نصوص شعرية اختارها هو والمعالج معاً .

### الحيوانات الأليفة Pets :-
يحبذ بعض المعالجين وجود الحيوانات الأليفة في حجرة العلاج وخاصة مع العملاء من الأطفال ، وتعتبر الكلاب الأليفة مصدراً مباشراً للراحة لدى الأطفال كما يمكنها أن تكون موضوعاً يمهد للحديث وتبادل الحوار مع العميل .

### النقل والتحويل Displacement :-
وهنا يعلم المعالج العميل أن يعبر عن رغبة معينة أو حاجة من خلال سلوك أكثر توافقاً ؛ ففي جمعية مدمني الخمر المجهولين الهوية Alcoholics Anonymous تحل الصداقة التدعيمية لدى الأعضاء محل الكحول .

### الاسترخاء Relaxation :-
إن أول من استخدم الاسترخاء كأسلوب علاجي هو جاكوبسون Jacobson عام ١٩٣٩ وقد نشره في كتابه الاسترخاء المتتابع أو المتوالي Progressive Relaxation وهو يستخدم لعلاج الاضطرابات النفسية وخاصة القلق ، وهو يعتمد على إرخاء العضلات من أجل إزالة الآثار التي تنتج عن النشاط الذهني وإحلال الراحة والدفء محل التوتر والقلق والاضطراب . ويتقدم العميل من التدريب الأساسي على الاسترخاء وفقاً لتعليمات المعالج حتى يتعلم العميل أن يمارسه في أي مكان من أجل تخفيض القلق . ( ممدوح مختار على ٢٠٠١ )

### التنويم المغناطيسي Hypnosis :-
هو حالة مصطنعة شبيهة بالنوم من بعض النواحي ولكنها تتميز بالقابلية الشديدة للإيحاء مع استمرار الاتصال بالنوم ، وقد عرفه بريد Braid بأنه تنويم عصبي وحالة أشبه بالغفوة يستحثها القائم بالتنويم اصطناعياً عن طريق الإيحاء ولهذا يكشف الفرد الواقع تحت التنويم عن ميل متطرف للاستجابة للإيحاءات التي يقوم

بها القائم بالتنويم . ولقد تمت الاستفادة من حالة التنويم عملياً في الولادة والجراحة وطب الاسنان .

ولكون المريض في حالة التنويم يكون مسترخيا وخاضعا للإيحاء فقد استخدم التنويم المغناطيسي للأغراض العلاجية منذ عهد شاركو وفرويد و بروير حيث يشجع المعالج المريض على أن يتذكر مصاعبه وأن يعبر عنها ثم يعطي له إيحاءات مساندة .

ولكي ينوم المريض فإنه يرقد عادة متكئا أو مضطجعاً ثم يأمره المعالج بأن يركز انتباهه في شيء ما بينما يمسح القائم بالتنويم على جبينه بخفة ويظل يكرر ذلك بطريقة رتيبة حتى يصبح المريض متعباً وناعسا مستسلماً للنوم والغرض من ذلك هو إحداث حالة لا يعمل فيها العقل الشعوري للمريض ، ويظل مطيعاً لأوامر القائم بالتنويم . ( كمال دسوقي ١٩٨٨ ص ٦٦٦ ) .

ويرى أنصار التنويم المغناطيسي أن الشخص الواقع تحت تأثيره يدخل في حالة من تغير الوعي altered consciousness وهو في هذه الحالة يستطيع القيام بأشياء يستحيل عليه القيام بها في حالة اليقظة ، وقد يتذكر أشياء لا يمكنه أن يتذكرها في حالة اليقظة ، ويمكنه أن ينكص regress إلى مراحل باكرة من مراحل النمو النفسي لإحياء خبرات الماضي ، وقد يحقق إنجازات جسمية تتجاوز قدراته العادية .

ويستخدم التنويم المغناطيسي أحياناً كإجراء مساعد في العلاج النفسي لتخفيض الكف inhibition أو الرقابة censorship على الذكريات المثيرة للقلق .

***إحياء الانفعالات Emotional Reliving :-***

تؤكد العديد من الأنظمة العلاجية على مزايا التذكر الحي التفصيلي للصدمات وهناك علاجات مثل العلاج الانفجاري الداخلي Implosive Therapy لدى توماس ستومفل Thomas Stompfl ( الذي يتضمن مواجهة المريض للموقف الذي يخاف منه ) والعلاج بالغمر Flooding والعلاج الأولي Primal Therapy لدى آرثر جانوف Arthur Janov كلها تتضمن إحياء الانفعالات كفنية أساسية .

***الحلاقة أو قص الشعر Hair-cut :-***

في مرحلة معينة من العلاج متفق عليها يكون على العميل أن يستمع إلى حملة من المعالج على أخطائه دون آية محاولة منه للدفاع . وفي فنية العدوان الإبداعي

creative aggression لدى جورج باش George Bach يضع العميل الحد الزمني time limit لهذه العملية ، وقد يرفض الجلسة أو يوقفها .

***الصراخ Scream :-***

لقد صمم دانييل كاسريل Daniel Casriel علاجا يسمى عملية الهوية الجديدة new identity process فيه يعلم المعالج العميل أن يبدي انفعالاته صوتيا . وفي أنظمة علاجية أخرى مثل العلاج الأولي لدى جانوف فإن الفهم النهائي لمشكلات العميل وإعادة البناء المعرفي للانفعال الذي يعبر عنه العميل لا يقل عنه أهمية أن يقوم العميل بإطلاق العنان لانفعاله من خلال الصراخ الفعلي actual screaming .

***الدور الثابت Fixed Role :-***

صمم هذه الفنية العلاجية جورج كيلي Jeorge Kelly وهي تبدأ بأن يكتب العميل وصفا للذات باستخدام ضمير الغائب ، ثم يقوم بإعداد وصف آخر للذات ولكن مع التركيز على سمة رئيسة بديلة واحدة على الأقل ، ثم يخبر المعالج العميل أن الدور الحقيقي true role الذي عليه أن يلعبه هو أن يذهب في إجازة لمدة زمنية محددة ( أسبوعين مثلا ) أثناءها يتبنى العميل الدور البديل بشكل مكتمل قدر الإمكان ، وفي نهاية الوقت يتخلى العميل عن الدور البديل ويقوم بتعديل الدور الأصلي إلى حد ما .

وفي طريقة ألفرد أدلر Alfred Adler يطلب المعالج من العميل أن يتصرف كما لو كان لديه دور مختلف أو أسلوب حياة life style مختلف طوال الأسبوع التالي وحتى موعد الجلسة التالية .

ويطلب دونالد مايكنبوم Donald Meichenbaum من العميل أن يتصرف كما لو كان يعيد تنظيم وبناء التعليمات المعرفية الذاتية cognitive self-instructions .

وفي فنية التحصين ضد الضغوط stress inoculation يطلب المعالج من العميل أن يكرر القيام بفنيات تغلب معينة بما فيها فنية الاسترخاء .

***النتائج ( المترتبات ) Consequences :-***

في التشريط الضمني covert conditioning لدى جوزيف كوتيلا Joseph Cautela يطلب المعالج من العميل أن يتخيل النتائج الإيجابية والسلبية والمحايدة الناجمة عن أفعال معينة .

## التعلم من خلال الاقتداء بالنموذج ( النمذجة ) Modeling :-

وهو يتضمن العلاج بالملاحظة وتقليد سلوك الآخرين حيث يعرض المعالج السلوك المرغوب بنفسه أو على شريط تسجيل مرئي أو عن طريق آخرين .
ويركز ألبرت إليس Albert Ellis وأرنولد لازاروس Arnold Lazarus على المهارات الخاصة مثل تحديد موعد مع شخص ، أو إجراء مقابلة للحصول على وظيفة .
وقد اعتبر ألفرد أدلر العلاقة مع العميل كلها نموذجاً للتواصل الشخصي المناسب بين المعالج والعميل .
وفي التعلم المنظم structured learning يقوم المعالج ببيان نموذجي لموقف ما في الجماعة ثم يقوم كل عميل بتصوير الموقف كما لو كان موقفه هو الشخصي في الحياة ثم يلي ذلك التدعيم الاجتماعي social reinforcement والتغذية الراجعة feed back من أفراد الجماعة .

## النشاط البدني Physical Activity :-

وهو علاج يتضمن قيام العميل بنشاطات بدنية مثل التدليك massage ( كما في العلاج الحيوي Vegetotherapy لدى ولهلم رايخ Wilhelm Reich ورولفنج Rolfing ) والعدو الوئيد Jogging لدى رونالد لورنس Ronald Lawrence والوعي بالحركة movement awareness ( في العلاج بالرقص Dance Therapy لدى فيلدنكريس Feldenkrais )والهجوم البدني Physical Attack بمضرب مطاطي ( في العدوان الإبداعي Creative Aggression لدى جورج باش George Bach ) .
وينصح الأفراد الذين يشعرون بالغضب المزمن chronic anger بأنهم إذا شعروا أنهم لابد أن يعبروا عن غضبهم بأن يضربوا الوسادة أو جراب الملاكمة فالحركة البدنية تساعدهم على إطلاق بعض الغضب أو تخفيف حدته . كما ينصح الأفراد الذين يشعرون بالملل أن ينهضوا ويقوموا ببعض المشتروات ، وأن يندمجوا في بعض النشاط الحركي مثل المشي فترة من الوقت ، أو القيام ببعض الإصلاحات في المنزل لأن النشاط الحركي عدو الملل ؛ فمن الصعب أن يشعر الفرد بالملل وهو يتحرك .
وفي حالة الاكتئاب ينصح المكتئب أن يتبع برنامجاً معتدلاً ومنتظماً من التدريب البدني فإن فترة من المشي السريع لمدة عشرين دقيقة أو ما يعادلها تبدو كافية

لإعطائه عديد من المزايا وإحدى هذه المزايا هي تكوين مجموعة من الرسل الكيميائية داخل المخ والجهاز العصبي تسمى endorphins وهي المورفينات الداخلية المنشأ endogenous morphines وهي المخدرات الطبيعية للجسم وهي جزء من الكيمياء الطبيعية للجسم وهي تخلق لدى الفرد إحساساً عاماً بالسعادة وتميل إلى تحسين حالته المزاجية وتعمل بوصفها عائقاً أمام الاكتئاب .
كما أن التمرينات الرياضية المعتدلة تيسر على الفرد أن ينام ليلاً نوماً هادئاً مريحاً وأن يتخلص من اضطرابات النوم . ( فرانك ج. برونو ١٩٩٣ )

## *العلاج بالفن Art Therapy :-*

إن الفن هو نتاج الجهد الإنساني الذي يثير الإعجاب واللذة بسبب جماله أو مهارة إخراجه أو النشاط الإبداعي الذي أثمر هذا الإنتاج ، وهو جملة المبادئ التي تحكم ممارسة عمليات تتطلب مهارة أو معرفة فائقة ولقد ألقت دراسة الإنتاج الفني الضوء على كثير من العمليات النفسية والأمراض النفسية ( كمال دسوقي ١٩٨٨ ص ١٢٧ ) فإن كل مايصدر عن الإنسان من نتاج هو في نهاية المطاف مرآة تعكس نفس مبدعها وآراءه في أحوال مجتمعه ، وهذه الأعمال نتاج سيكولوجي يعكس بناء صاحبها النفسي كما أن العمل الفني كما يذهب فرويد ينطوي على لب أو جوهر بشري عام يتم تطويعه وفقاً لظروف الواقع الاجتماعي العينية ، والفن بعد الأحلام هو الطريق المعترف به إلى الأعماق .
ويعتبر تحليل الإنتاج الفني من أولى المحاولات في النظر إلى الرسم بوصفه إسقاطاً للشخصية ، وقد قدم بيركهارت ١٨٥٥ تحليلاً دقيقاً لشخصيات عصر النهضة الإيطالية والجو الاجتماعي النفسي في هذه الفترة من خلال تحليله لإنتاج الفنانين في ذلك الوقت .
وفي ١٩٢٨ قام نولان لويس بدراسة رسوم عدد من المرضى بقصد تشخيص ديناميات شخصياتهم ، ومناقشة إنتاجهم الفني معهم لأغراض علاجية . وفي العلاج بالفن يشجع المعالج العميل على القيام بالرسم أو بممارسات إبداعية أخرى وبالنسبة للعميل الذي لديه صعوبة في التواصل مع الآخرين يطلب منه المعالج أن يرسم صورة للجماعة .
وقد عرض لنا جيمس س. كولمان James C. Coleman دراسة حالة مرضية تبين لنا كيف أن الرسوم وسيلة علاجية إلى جانب كونها وسيلة تشخيصية وكانت الرسوم التي قامت المريضة (جينيفر) برسمها تمثل محاولة منها لتلمس الطريق نحو الشفاء ، وحين رسمتها لم تكن تعرف ما تعنيه تلك الرسوم ، ومع

ذلك كانت فيها رسالة ، ومن خلال تحديد الرموز التي كانت موجودة فيها بشكل تدريجي استطاع د. أينسلي ميرز Ainslie Meares الطبيب النفسي الذي عالجها أن يقيم التواصل معها ، ثم من خلال استخدام نفس الرموز في الحديث معها استطاع أن يساعدها ببطء على أن تجد طريقها للخروج من عالمها المخيف . ( كارين ماكوفر ١٩٨٧ ص ٩ )

### *المهارسة السلبية Negative Practice :-*

وقد أسس هذه الفنية نايت دنلاب Knight Dunlap وفيها يطلب المعالج من العميل أن يكرر القيام بالسلوك غير المرغوب ، أو يكرر الفكرة غير المرغوبة حتي يتعب ويكل .

ويطلق فيكتور فرانكل Vector Frankl على هذه الفنية اسم القصد المتعارض paradoxical intention وفيها يطلب المعالج من المريض أن يفعل الشيءالذي يشكو من أنه يقاوم فعله كما في حالة الوسواس القهري ، أو الشيءالذي يخاف من فعله كما في حالة الرهاب . وفي طريقة أدلر يطلب المعالج من العميل أن يزيد من فعل الشيء الذي يناضل ضده .

### *الدور الاجتماعي Social Role :-*

ينبغي أن يكون المعالج حريصاً على تجنب تقاليد المجتمع فيما يتعلق بإعطاء أو قبول الهدايا ، وتغيير مواعيد اللقاء ، وإلقاء التعليقات بعد ساعة اللقاء مع العميل لأن تلك الأمور قد تكون تعبيراً عن انفعالات كامنة مهمة .

### *الإرشاد الثلاثي Triad Counseling :-*

وهنا تجري الجلسات الإرشادية بحضور المرشد النفسي والعميل ومقابل المرشد (بيدرسن ١٩٨٠ Pedersen ) ويساعد هذا الإجراء في التغلب على عائق من عوائق الإرشاد النفسي وهو كون العميل من ثقافة مختلفة عن ثقافة المعالج .

### *تدريب الوالدين والأقران Training of parents and peers :-*

وهنا يصمم المعالج البرنامج العلاجي وينفذه الآخرون الموجودون في بيئة المريض ، وقد يتضمن التدريب وجود سماعة صغيرة في أذن القائم بتنفيذ البرنامج ، ويعطي المعالج له التعليمات في الموقف الفعلي عن طريق راديو خاص ويرتب المعالج لحدوث نتائج معينة لسلوكيات معينة في بيئة العميل .

### العلاج بالكتب Bibliotherapy :-

وهنا يوصي المعالج العميل بقراءة بعض الكتب ؛ حيث أن كتب المساعدة الذاتية self-help والكتب المتوجهة مهنياً يكون لها أثر بعيد المدى . والعلاج بالكتب يعني استخدام القراءة كمساعد في علاج الاضطرابات النفسية أو تحسينها ويوصي المعالج بالكتب للمرضى للأسباب الآتية :-

١. مساعدة المريض في الوصول إلى فهم أفضل للاستجابة الفسيولوجية والنفسية للإحباط .
٢. لمداواة معرفة المريض الناقصة أو الخاطئة بموضوع معين .
٣. تيسير التواصل بين المعالج والمريض عن طريق مساعدة المريض على فهم مصطلحات العلاج .
٤. لاستثارة المريض لمناقشة وصياغة مشكلاته .
٥. لاستثارة المريض على التفكير بطريقة بناءة فيما بين المقابلات العلاجية .
٦. لتدعيم الأنماط الثقافية والاجتماعية المقبولة وكف أنماط سلوكية طفولية معينة .
٧. لاستثارة خيال المريض وإعطائه إشباعات بديلة بغير خطورة .
٨. توسيع مجال اهتمامات المريض .

وبالطبع فإن اختيار الكتب يتم استناداً إلى طبيعة المريض وأهداف العلاج والقدرات العقلية للمريض والمرحلة التي وصل إليها علاجه . ( كمال دسوقي ١٩٨٨ ص ١٧٨ )

### الوقاية Prevention :-

وهنا يتشاور المعالج مع الناس العاديين وغير المتخصصين لتصميم أنظمة للتدخل قبل حدوث المشكلات وتفاقمها ، مثل العمل مع المراهقين قبل أن يصبحوا جانحين والإرشاد في بيئة العمل فيما يتعلق بالكحول وتعاطي العقاقير .

### التدريب في مجال العلاج النفسي Psychotherapy Training

لقد اتخذ التدريب في مجال العلاج النفسي صوراً متعددة مع مرور الزمن ومع اختلاف المهن النفسية ؛ ففي السنوات الباكرة من تاريخ علم النفس كان هناك

القليل من الاختصاصات داخل مجاله ، وكان التدريب يتم بشكل غير رسمي وكان العلاج النفسي يتم تعلمه عن طريق التلمذة apprenticeship في علم النفس والعمل الاجتماعي .

وكان الأطباء يتدربون على الطب النفسي عن طريق قضاء سنة في الزمالة والإقامة الداخلية في مدرسة الطب . وكان التحليل النفسي يتم تعلمه من خلال برنامج أكثر رسمية ، وعلى مدار بضع سنوات من الدراسة العملية ، والتتلمذ على يد مختص في معهد خاص .

وبعد الحرب العالمية الثانية نما عدد المختصين في علم النفس وتشعبت تخصصاته وتوسعت نشاطاته ، وفيما بين عامي ١٩٤٧ و ١٩٦٥ عقدت الجمعية النفسية الأمريكية American Psychological association ( APA) مجموعة من المؤتمرات لفحص برامج تدريب المختصين النفسيين . وبالإضافة إلى القياس النفسي ودراسة العمليات النفسية مثل التعلم والإدراك والذاكرة اهتم المختصون بالبحث والتدريب على العلاج النفسي .

وقد وضع تقرير شاكو ١٩٤٧ Shakow ومؤتمر بولدر Boulder Conference ( ريمي ١٩٥٠ Raimy ) تصميماً لنموذج الممارس العلمي الذي تم اعتماده لمدة ثلاثة عقود بعدهما .

***نموذج الممارس العلمي Scientific Practitioner Model :-***

كان هذا النموذج يجعل الطالب الخريج graduate student يتدرب على مهام كلينيكية وعملية محددة مثل الاستماع إلى المختصين الكلينيكيين وهم يجرون مقابلات أول عامين من التدريب ، وفي العام الثالث والرابع يتدرب الطالب تدريباً عملياً على العلاج تحت إشراف عضو هيئة تدريس أو عضو هيئة علاجية معترف بها . وبعد انتهاء البرنامج العملي يتم اختبار الطالب قبل أن يدخل الزمالة الكلينيكية الداخلية لمدة عام فيه يمارس المتدرب العلاج النفسي ( تحت إشراف ) على مجموعة من العملاء في العيادة الخارجية والمرضى المقيمين داخل المستشفى من الأطفال والبالغين ، ومن الذهانيين والعصابيين والمصابين باضطراب الشخصية ، ومع كل ذلك يمارس المتدرب نشاطات بحثية علمية مثل إعداد رسالتي ماجستير ودكتوراة تتضمنان بحث مشكلات كلينيكية .

ويتلقى المتدرب على العلاج النفسي ساعة من الإشراف لكل ثلاث ساعات من العلاج النفسي أي بنسبة ١ : ٣ ويعادل ذلك في التدريب الجامعي ٢٥و ٤ ساعة من الإشراف في كل أسبوع وفقاً للجمعية النفسية الأمريكية . ويتكون الإشراف من مشرف لكل طالب ، وفيه يحكي الطالب للمشرف ما حدث في الساعة السابقة من

العلاج مع تقديم شرائط سمعية وبصرية ، وعقد لقاءات جماعية . ويقضي أعضاء هيئة التدريس بالجامعة ١٥% تقريباً من وقتهم في المتوسط يمارسون الإشراف على العلاج النفسي .

**مراحل الإشراف Stages of Supervision :-**

وهناك نظريات متعددة المراحل للإشراف ومن بينها نموذج ريوش Rioch وفيه يتعامل المشرف مع القلق الموجود لدى المتدرب المبتدئ ، ثم يتقدم المتدرب إلى استخدام فنيات لمساعدة العميل على التعلم ، ويتعلم المتدرب أشياء عن نفسه بوصفه مساعداً للعميل .

وقد وضع يوجيف Yugev سلسلة من ثلاث مراحل للإشراف :-

في *المرحلة الأولى* يتعلم المتدرب دور المعالج ، وفي *المرحلة الثانية* يكتسب المتدرب المهارات العلاجية ، وفي *المرحلة الثالثة* يتم تقوية وتعزيز المرحلتين السابقتين ، وترقية المهارات التجريبية والتفاعلية لدى المتدرب من خلال الإشراف.

***نماذج التدريب على العلاج النفسي :-***

وهناك نماذج عديدة للتدريب على العلاج النفسي يتضمن أحدها نموذج علاقة الأستاذ بالتلميذ teacher- student model وفيه يكون الأستاذ متمكناً من المعرفة العلاجية وينقل المهارات الأساسية الضرورية للمتدرب ، ويؤدي اكتساب تلك المهارات إلى تراكم الخبرة وإتقان المتدرب للعلاج النفسي .

وهناك نموذج مراجعة الحالة case review model وفيه يتتلمذ المتدرب على يد معالج خبير ، وتتم مراجعة عمله في لقاءات هيئة التدريب ، وتتم المزاوجة بين الخبرة العملية وإنجاز مطالب البرنامج الرسمي مما يؤدي إلى وصول المتدرب إلى الخبرة .

أما النموذج الثالث فتميل طبيعته إلى الزمالة ، وهو يتضمن المراحل السابقة لبرنامج التدريب مع وجود علاقة أقل رسمية بين المدرب والمتدرب تتسم بالزمالة وتتجه الجهود نحو تنمية المهارات الشخصية للعلاج النفسي وتكاملها مع الفنيات التي تدرب عليها المتدرب ، ويسمح هذا النموذج بالتعلم المستمر من خلال دوام التشاور مع الزملاء طول الحياة . وتتكون عناصر التدريب على العلاج النفسي من المشرف أو المشرفين والمتدربين والعلاقة التدريبية وبيئة التدريب وعملية التعلم والوسائل المساعدة على التعلم والجماعات التدريبية ونماذج التدريب المعتمدة .

# الفصل الثانـي

## العلاج الحيوى الطبى Biomedical Therapy

*دخلت المريضة حجرة المعالج النفسي فابتسم لها ، ودعاها إلى الجلوس فجلست وبعد ذلك بثوان انفجرت في البكاء وفاضت دموعها . قدم المعالج لها منديلاً ورقياً كي تجفف دموعها ، وبدأت تحكي قصتها ببطء ، وبدأ المعالج يكون صورة عن مشكلتها وكيفية شعورها بالإجهاد طول الوقت ، وكيف تجد صعوبة في النهوض من سريرها صباحاً ، وكيف تعجز عن الاهتمام بالأشياء ، وكيف فقدت الاهتمام بمظهرها ، وشعورها الدائم بالرغبة في البكاء ، وتساؤلها عن هدف الحياة وتفكيرها في الانتحار ، وانسحابها على المستوى الاجتماعي من العلاقة مع أسرتها وأصدقائها ، وأنها أصبحت نادراً ما تقبل آية دعوات للخروج .*

*لقد بدا سلوكها غريباً عن طبيعة شخصيتها ؛ فقد كان أصدقاؤها يعتبرونها مرحة واجتماعية ، ولكنهم الآن قلقون بشأنها ويتساءلون عما أصابها وجعلها تتصرف بشكل مختلف عما ألفوا منها . وفي العمل حذرها أصحاب العمل الذي تعمل به من التأخير المستمر ، وهي الآن مهددة بأن تفقد وظيفتها .*

***<u>ما الذي ينبغي للمعالج أن يفعله كي يساعد هذه المريضة على حل المشكلات التي تعاني منها ؟</u>***

*مريض آخر أخبر المعالج كيف أنه يتفجر غضباً لأقل الأسباب ، وكيف أن ذلك كلفه فقدان زوجته وعديد من أصدقائه ، وذكر أنه في آخر مناسبة كان يحتسي الخمر مع بعض زملائه في العمل احتفالاً بميلاد أحدهم ، وأنه أصبح متوتراً بشكل متزايد ، وعند نهاية السهرة هجم على أحد زملائه وطرحه أرضاً وأخذ يضربه حتى انتزعه الآخرون منه ، وهو الآن معرض لفقدان عمله بسبب سوء حالته المزاجية .*

***<u>كيف يساعد المعالج هذا المريض على فهم غضبه والتعامل مع مشاعره بكفاءة ؟</u>***

إن المعالجين المختلفين سيقدمون إجابات مختلفة عن السؤالين السابقين .

***<u>المرض النفسي ( المعاناة والانحراف والاضطراب والخطورة )</u>***

إن علم النفس المرضي Psychopathology هو فرع من فروع علم النفس يهتم بالأنشطة المرضية للعقل والحالات النفسية المرضية ، ويرى مصطفى زيور أنه اصطلاح في الطب النفسي يقصد به حالياً التفسير السيكولوجي للأمراض النفسية والعقلية من حيث الوظيفة بعامة وتكوين الأعراض أو السلوك المرضي ونشأتها وتقصي أسبابها النفسية بخاصة ، ولا يتضمن الاصطلاح إنكار وجود

أصول عضوية قد تكتشف في المستقبل . وتختلف رؤى الباحثين في النظر إلى السلوك المرضى أو غير السوي ؛ فالفرد قد يتصرف بطريقة شاذة abnormal بالمعنى الإحصائي statistical sense أي يتصرف بطريقة تختلف عن الطريقة التي يتصرف بها معظم الناس .

وهناك من يعتبر السلوك مرضياً إذا كانت أفكار الفرد ومشاعره أو سلوكه تؤدي إلى المعاناة distressing وخطيرة dangerous ومنحرفة deviant وغير مفيدة dysfunctional على حسب تعريف كومر Comer١٩٩٨ ؛ ففي أي وقت من الأوقات يشعر بعض الناس بالانزعاج الانفعالي والأسى والكرب ( المعاناة ) وقد يفعلون شيئاً يؤذيهم أو يؤذي الآخرين ( الخطورة ) وقد يفعلون شيئا يبدو غريباً أو شاذاً بالنسبة للآخرين ( الانحراف ) ويجدون صعوبة في أداء مهامهم اليومية ( الاضطراب وعدم الفائدة ) .

*وعلى العكس من الحالتين السابق ذكرهما نجد مريضاً آخر كان يعمل منذ أن ترك الدراسة ، ولديه العديد من الأصدقاء المقربين الذين يلتقي بهم بشكل منتظم ، وكل أصدقائه متفقون على أنه شخص سعيد بحياته راض عن نفسه ، ولديه مستقبل واعد . وفي الشهور الأخيرة لاحظ أصدقاؤه أنه يتصرف بشكل غريب بالمقارنة بما اعتادوه منه ؛ فقد أصبح يقضي معظم وقته مع نفسه ويرفض دعوات الأصدقاء ويقول إن لديه عملاً ينجزه لمصلحة البشرية . وقد لاحظ والداه أن هناك أصواتاً تخرج من غرفته كما لو كان يتحدث مع شخص آخر على الرغم من معرفتهما الأكيدة أنه وحده في غرفته ، وقد ازداد قلقهما عليه فاقترحا عليه أن يرى طبيباً ولكنه رفض قائلاً إنه على ما يرام ورفض الاعتراف بأن لديه مشكلة ، وكان من الواضح أنه لن يسعى إلى طلب المساعدة بملء إرادته .*

***فما الذي يمكن عمله لمساعدة مثل ذلك المريض ؟***

يوجد أكثر من أسلوب للتعامل مع الظواهر المرضية كل منها له ما يميزه عن غيره سواء من حيث النظرية التي يستند إليها أو من حيث الفنيات العلاجية التي يتبعها أو من حيث مدى فاعلية تلك الفنيات في التعامل مع تلك الظواهر ، ولعل أول هذه الأساليب العلاجية الأسلوب الحيوي الطبي .

## *الأسلوب الحيوي الطبي Biomedical Approach :-*

إن من يشاهد شخصاً تناول بضعة كئوس من الخمر يعرف أن السلوك البشري يتأثر تأثراً عميقاً بالكيمياء الحيوية ، ولابد للمختصين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي من الاعتراف بأن بعض صور المرض النفسي قد تسببها نشاطات مرضية

للمخ Brain وأن من الأفضل أن يعالجها ممارسون يتعاملون مع المشكلة بالأسلوب الحيوي الطبي وليس الأسلوب النفسي .
لقد أثر الأسلوب الحيوي الطبي تأثيراً عميقاً في طريقة تفكير المختصين في مجال الصحة العقلية mental hygiene من حيث طبيعة المرض النفسي ؛ فهذا الأسلوب يرى أن سلوك الشخص وخبرته يتغيران إذا حدثت تغيرات فيزيقية أو كيميائية في المخ والجهاز العصبي ؛ فإن حدوث إصابة حادة في المخ على سبيل المثال يمكن أن يؤثر في السلوك تأثيراً عميقاً فقد تحدث مشكلات في التركيز والذاكرة والشخصية ، ولو كان الشخص على سبيل المثال مرحاً واجتماعياً فقد يصبح خجولاً وميالاً للوحدة . ونحن نعرف أن للكحول تأثيراً على سلوك الناس حيث يصبحون أكثر ميلاً للتصرف بشكل عدواني ، ويفقدون القدرة على الكف ويصبح حديثهم مشوشاً .... إلخ .
ومن ثم يصبح من المعقول أن نقول إن المشكلات النفسية قد تعكس وجود اضطرابات في البنية الفيزيقية للمخ أو كيمياء المخ ، وهدف النموذج الحيوي الطبي هو فهم العلاقة بين المرض النفسي والعمليات الفسيولوجية physiological processes ، ومن ثم لو أمكننا أن نثبت أن سلوكاً معيناً يرتبط بمظهر ما من مظاهر كيمياء المخ brain chemistry فقد يكون في إمكاننا أن نساعد ذلك الشخص على أن يتغير ويسيطر على سلوكه باستخدام صورة ما من صور العلاج الكيميائي ، وهذه هي الطريقة السائدة بين الأطباء النفسيين Psychiatrists المؤهلين طبياً والمصرح لهم بكتابة الأدوية والعقاقير .

***تاريخ النموذج الحيوي الطبي :-***

قبل أن يظهر النموذج الحيوي الطبي كان الناس يعتقدون في وجود أسباب فوق طبيعية supernatural للمرض النفسي ، وهناك قصص تدور حول طرد الشياطين من أناس نعتبرهم اليوم مرضى نفسيين . ولقد كان الاعتقاد في استحواذ الشيطان على الإنسان شائعاً في العصور الوسطى ، وقد اتهم آلاف الأشخاص بأنهم سحرة وأعدموا بسبب ذلك ، ولا زال بعض الناس يؤمنون بهذه المعتقدات حتى اليوم .
وعند نهاية القرن الثامن عشر وباكورة القرن التاسع عشر حل النموذج الحيوي الطبي محل فكرة استحواذ الشيطان على الإنسان ، وقد سمي ذلك الوقت بعصر التنوير enlightenment وقد شكك فيه العلماء في كون المرض النفسي يحدث نتيجة لوجود قوى فوق طبيعية ، وأكدوا أنه يحدث نتيجة للمرَض الجسمي وقد كان

ذلك هو عصر الطب العلمي الذي أكد على الأسلوب التجريبي experimental approach في فهم السلوك البشري ، وتبعاً لذلك فإن المرض النفسي مثله مثل أي مرض آخر يمكن علاجه باستخدام الفنيات الحيوية الطبية .

ويرجع النموذج الحيوي الطبي إلى أبي الطب الغربي الحديث الطبيب الإغريقي إبوقراط Hippocrates ( الذي أخذ عنه قسم إبوقراط Hippocrates oath الذي يتلوه الممارسون الطبيون ) ففي القرن الرابع قبل الميلاد حين كان معظم الناس يعتقدون أن المشكلات النفسية سببها قوى فوق طبيعية كتب إبوقراط عن الصرع epilepsy ما يلي :-

" لو أنك فتحت دماغ مريض الصرع ستجد المخ رطباً مليئاً بالسوائل ورائحته سيئة ، ومن ذلك ترى أن ما أصاب الجسم لم يكن قوة عليا ولكنه مرض " (زيلبورج وهنري ١٩٤١ zilboorg & Henry ) .

لقد اعتقد إبقراط أن المرض النفسي ينتج عن اضطرابات جسمية ، وميز بين الصور المختلفة للجنون madness والتي تنتج عن وجود اضطرابات متنوعة في المخ . كما اعتقد أن الأداء الصحي للمخ يعتمد على التوازن balance بين أربعة سوائل أو أخلاط جسمية humors or fluids وهي الدم blood والعصارة السوداء black bile العصارة الصفراء yellow bile والبلغم phlegm وكل سائل من هذه السوائل يتفق مع عنصر من العناصر الأساسية في الكون وهي الأرض والهواء والنار والماء ؛ حيث أنها أيضاً لا بد لأن تكون في حالة توازن داخل الجسم ، وأي اختلال في هذه السوائل يؤدي إلى المرض فالشخص الذي لديه الكثير من الدم يكون متقلب المزاج moody والشخص الذي لديه الكثير من العصارة السوداوية يكون اكتئابياً سوداوياً melancholic والشخص الذي لديه الكثير من العصارة الصفراء يكون قلقاً anxious والشخص الذي لديه الكثير من البلغم يكون بليداً sluggish ، ومن ثم كان العلاج يحاول أن يحقق التوازن بين تلك السوائل الأربعة .

وقد استمرت تلك الآراء حتى القرن التاسع عشر حيث كانت علاجات الأمراض الجسمية والنفسية تتكون من فصد الدم blood letting والامتناع عن ممارسة النشاط الجنسي وغمر المريض في ماء بارد في محاولة لاستعادة التوازن بين الأخلاط الأربعة ( ستار ١٩٨٢ Starr ) .

ومن ثم يتضح لنا أن فكرة كون المشكلات النفسية سببها اضطرابات جسمية ليست فكرة حديثة حيث أنها ترجع إلى إبقراط ، والآن يسود النموذج الحيوي الطبي في النظر للمشكلات النفسية العالم الغربي ، وهو يرى أن المرض الجسمي

واضطراب وظيفة المخ ووجود نواحي الشذوذ البيولوجية تسبب المشكلات النفسية بشكل أو بآخر ، ويتبنى الكثير من الأطباء النفسيين المحدثين هذا المنظور ويستخدمون البيولوجيا والكيمياء العصبية neurochemistry لتفسير المشكلات النفسية .

وهناك مثال من الأمثلة الباكرة يوضح النموذج الحيوي الطبي وهو قصة رجل يسمى فنياس جاج Phineas Gage وهو رجل عانى من حدوث إصابة في المخ أثناء عمله في السكك الحديدية عند نهاية القرن التاسع عشر ؛ حيث اخترقت جمجمته قطعة معدنية طولها أربعة أقدام ( ١٢٠سم ) نتيجة حدوث انفجار ، إذ دخلت القطعة المعدنية من خده الأيسر وخرجت من قمة جمجمته . ولحسن حظ فنياس جاج أنه ظل على قيد الحياة ، وظلت قدراته المعرفية وأداؤه العقلي سليمة نسبياً ، ولكن سلوكه تغير بشكل ملحوظ حيث أصبح أقل انضباطاً في سلوكه وأكثر اندفاعاً وأقل صبراً . ( هارلو ١٨٦٨ Harlow ) .

وعلى الرغم من أن حالة فنياس جاج حالة غير عادية إلا أنها برهنت بوضوح على أن اضطرابات المخ يمكن أن تؤثر في النشاط النفسي للإنسان . واليوم يتفق معظم الأطباء النفسيين على أن بعض المشكلات النفسية على الأقل سببها عوامل بيولوجية ، ومع زيادة التطورات التكنولوجية مكنتنا البحوث الحديثة من أن ننظر إلى العوامل الكيميائية العصبية والجينية بوصفها أسباباً محتملة للمشكلات النفسية.

وهناك بعض المشتغلين بعلم النفس لا يقبلون النموذج الحيوي الطبي في المرض النفسي ، ولكنه يظل سائداً داخل مهنة الطب النفسي ، كما أن حقيقة وجود رابطة بين المتغيرات الفسيولوجية والمشكلات النفسية ليست محل جدل أو خلاف وهناك الكثير من الدراسات التي تؤكد وجود روابط بين أنماط السلوك المختلفة والمظاهر المتنوعة من كيمياء المخ ( هستون ١٩٩٢ Heston )

وعلى أية حال يوجد في النموذج الحيوي الطبي افتراض مثير للجدل مؤداه أن المشكلات النفسية سببها اضطرابات بيولوجية ، ومن ثم فإن المشكلات النفسية هي مؤشر يدل على وجود شيء خاطيء في العمليات البيولوجية الطبيعية لدى الفرد .

## ***المنهج العلمي Scientific Method :-***

العلم هو فرع من فروع المعرفة الإنسانية يتعامل مع مجموعة من الحقائق المرتبة بشكل منظم يبين عمل القوانين العامة التي تحكم الظواهر التي تقع داخل نطاق ذلك العلم ، ويتميز العلم بالمعرفة التراكمية بالظواهر التي تقع ضمن دائرة اهتمامه وتنظيم الحقائق والمعلومات الخاصة بتلك الظواهر والبحث عن أسبابها وفهمها

وتعليلها كما تتميز المعرفة العلمية بالشمولية واليقين والدقة والتجريد والموضوعية والقابلية للإعادة والفائدة العملية .

ومن المظاهر المهمة للعلم أن لديه مجموعة من الأهداف والمبادئ والإجراءات العامة التي تشترك فيها إلى حد ما كل الأنظمة العلمية وتوجه من خلالها أنشطتها .

وتقوم الدراسة العلمية على أساس المنهج العلمي وهو تلك الخطوات التي يتبعها الباحث عند إجراء دراسة علمية في مجال تخصصه ، وهو يبدأ بالشعور بوجود مشكلة تجتذب انتباه الباحث وتدفعه إلى إجراء دراسة لحلها ، ثم يحدد الباحث مشكلة بحثه بدقة تحديداً إجرائياً ، ويضع الباحث تساؤلات أو فروض يبلور من خلالها مشكلة بحثه ويسعى لاختبارها والإجابة عنها ، ويختار الباحث عينة لإجراء دراسته عليها ، والعينة هي مجموعة صغيرة من الأفراد تتوافر فيها جميع الخصائص المهمة للمجتمع الأصلي المراد دراسته . ويطبق الباحث على أفراد العينة أدواته ومقاييسه ويراعي اتخاذ الضوابط المنهجية التي تساعده في إجراء دراسته واستبعاد العوامل الداخلية التي يمكن أن تؤثر في نتائج بحثه . وفي النهاية يخرج الباحث بإجابات عن تساؤلاته أو فروضه ويناقش تلك النتائج في ضوء فروضه وظروف بحثه والدراسات السابقة عليه والنظريات المفسرة للظاهرة المدروسة . ( رزق سند ٢٠٠٤ ص ٢ – ٣ )

وتكمن جذور النموذج الحيوي الطبي في البحوث العلمية وهو مفيد في تدريب المعالجين على فهم مبادئ البحث العلمي وتقييم تعقيدات ذلك النموذج . وهناك مثال يوضح عمل النموذج الحيوي الطبي ، وهو قصة مرض الشلل العام General Paresis ( دال ١٩٨٠ Dale ) وتتضمن أعراض ذلك المرض وجود مشكلات في الذاكرة ، وإعاقة في الأداء العقلي ووجود هذاءات العظمة وشلل ، ويؤدي مرض الشلل العام على وجه العموم إلى الموت خلال فترة تتراوح بين عامين وخمسة أعوام ، وعلى الرغم من شيوع المرض إلا أن سببه لم يكن معروفاً .

ولقد وجد الباحثون أن مرض الشلل العام أكثر شيوعاً لدى الرجال ، وخاصة متعاطي الخمور ، كما كان المرض شائعاً لدى البحارة ، مما أعطى لهم إيحاءات بأن المرض يتعلق بكون الشخص رجلاً يتعاطى الخمور ويعمل في البحر ، وقد اقترح بعض الباحثين أن له صلة بالسلوك الجنسي ، وأن الشلل العام سببه إصابة الشخص بالزهري Syphilis وبقائه دون علاج .

ولاختبار هذا الفرض قام ريتشارد فون كرافت إبنج-Richard Von Kraft Ebing بحقن تسعة من مرضى الشلل العام بصديد مأخوذ من قروح الزهري

وكان المنطق الكامن وراء ذلك هو أن المصابين بالزهري فعلاً لا يمكن أن يصابوا به مرة ثانية ، ومن ثم لو كان الزهري هو سبب الإصابة بالشلل العام فإن المرضى التسعة الذين تم حقنهم محصنون immune ضد الزهري ولن يصابوا به نتيجة الحقن . وكانت النتيجة هي أن الزهري لم يظهرلدى أي من المرضى التسعة مما يؤكد أنهم جميعاً كانوا مصابين به من قبل . وقد كانت تلك الدراسة مهمة في إثبات وجود رابطة بين الزهري الذي لم يتم علاجه وبين الشلل العام .

وعلى الرغم من كون هذه الدراسة مثار نقد من الوجهة الأخلاقية على حسب معايير البحوث الطبية اليوم ؛ إلا أنها قدمت أول دليل أدى في النهاية إلى إيجاد علاج ناجح لهذه الحالة فبمجرد تحديد سبب الشلل العام على أنه بكتيريا الزهري Syphilis Bacteria التي تصيب القشرة المخية cerebral cortex استطاع الأطباء ابتكار اختبار لتشخيص وجود تلك البكتيريا وعلاجها مثل آية إصابة بكتيرية أخرى . والآن اختفى اصطلاح الشلل العام من كتب الطب النفسي عدا كونه مثالاً توضيحياً تاريخياً يدل على أن المشكلات التي قد تبدو نفسية في طبيعتها قد تعود إلى وجود حالة طبية .

وتبين قصة الشلل العام هذه عملية التفكير العلمي وتطبيقها على المشكلات النفسية والفكرة العامة هي أن الباحث يلاحظ ظاهرة معينة ويحاول أن يفسر حدوثها ثم يوجد طرقاً لاختبار صدق ذلك التفسير ، كما تبين هذه القصة أيضاً بدايات المنهج العلمي وتوكيده على التجريب experimentation وكيف توجد جذور بعض الحالات النفسية في البيولوجيا حيث توحي البحوث المعاصرة بأن حالات نفسية مثل الفصام لها أساس بيولوجي .

## ***التصنيف السيكاتري Psychiatric Classification :-***

يشجع النموذج الحيوي الطبي على استخدام التصنيف وهو يعني تقسيم الأشخاص أو الكائنات أو الأشياء إلى أقسام أو فئات أو طوائف وفقاً لمعيار معين ، مثلما يتم تصنيف الأمراض الجسمية يتم تصنيف الأمراض النفسية والعقلية ، ونحن نعرف مثلاً أن التهاب الحلق حالة طبية مختلفة عن الطفح الجلدي ، وكل منهما له أسباب مختلفة وعلاج مختلف ، ونحن نتوقع من الأطباء أن يقدموا لنا العلاج الأكثر مناسبة للحالة ، وهذا هو المنطق الذي يستخدمه النموذج الحيوي الطبي مع المشكلات النفسية ، ومن ثم ينبغي أن تكون الخطوة الأولى هي فهم المشكلات النفسية المختلفة .

## *الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية*

## *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders*

وفي محاولة لتصنيف الحالات النفسية المرضية المختلفة قدمت الجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association ( APA) ما يسمى بالدليل التشخيصي والإحصائي ( DSM ) وترجع جذور هذا النظام التصنيفي إلى بداية القرن العشرين حين قام طبيب ألماني يسمى كريبلين Kraeplin في نهاية القرن التاسع عشر بوضع أبكر تصنيف للمرض العقلي من خلال ملاحظته أن بعض الأعراض تميل إلى الظهور معاً .

ولقد قدمت الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM I عام ١٩٥٢ ثم تبعته إضافات منقحة ممثلة في DSM II عام ١٩٦٨ و DSM III في عام ١٩٨٠ ، و DSM IIIR في عام ١٩٨٧ ، وفي عام ١٩٩٤ تم تقديم DSM IV وهو عمل ضخم ضخم يقع في بضعة مئات من الصفحات .

وعلى الرغم من أن الإضافات الباكرة للدليل التشخيصي والإحصائي تربط بين بعض الاضطرابات السيكاترية وبين أسبابها المفترضة etiology إلا أن الصور الحديثة منه لم تفعل ذلك فإن كل اضطراب يتم تعريفه من خلال علاماته المميزة وأعراضه القابلة للملاحظة .

### *محاور التصنيف السيكاتري*

يستخدم الأطباء النفسيون الدليل التشخيصي والإحصائي لتقييم الأفراد وفقاً لخمسة محاور axes للأداء كما يلي :-

### *المحور الأول Axis I*

وهو قائمة تتضمن زملات الأعراض الكلينيكية clinical syndromes التي قد يعاني منها الشخص .

### *المحور الثاني Axis II*

وهو قائمة تتضمن أنماط الشخصية Personality Patterns اللاتوافقية العميقة الطويلة المدى .

### *المحور الثالث Axis III*

وهو يتضمن قائمة بالحالات الطبية medical conditions .

**المحور الرابع Axis IV**

ويتضمن المشكلات النفسية الاجتماعية psychosocial problems والبيئية environmental .

**المحور الخامس Axis V**

وهو تقييم عام للأداء على مقياس من (١٠٠) نقطة تمتد من ( ١ ) وتمثل العنف المستمر persistent violence أو السلوك الانتحاري suicidal behavior أو العجز عن الحفاظ على الصحة الشخصية ، وحتى (١٠٠) وتمثل التحرر من الأعراض مع وجود أداء متفوق في مدى واسع من الأنشطة .

وبناءاً على ذلك فإن الفرد يمكن تشخيصه بأنه مصاب باضطراب القلق على المحور ( I ) وبأنه مصاب باضطراب الشخصية الوسواسي القهري على المحور ( II ) وبأنه لا يوجد لديه اضطرابات جسمية مرتبطة على المحور ( III ) وبأن لديه مشكلات مهنية على المحور ( IV ) وبأن أداءه خلال السنة الماضية ( ٤٠ ) على المحور ( V ) . وهدف هذه المحاور الخمسة للأداء هو تقديم وصف شامل متعمق لمشاكل المريض .

وينبغي لنا أن نذكر أن هناك نظاماً آخر للتصنيف الدولي للأمراض هو النظام الذي قدمته منظمة الصحة العالمية World Health Organization ( WHO) عام ١٩٩٢ International Classification of Disorders والذي توجد منه الآن الصورة العاشرة ( ICD 10 ) وهو يؤدي وظيفة مماثلة لوظيفة ( DSM ) .

إن الدليل التشخيصي والإحصائي هو مرجع يستخدمه الأطباء النفسيون كأساس يستندون عليه في تشخيصاتهم للاضطرابات السيكاترية ، ويصف DSM IV ما يصل إلى ٣٠٠ اضطراب منفصل تم تعريفها من خلال أعراضها القابلة للملاحظة وقد تم تجميعها في عدة فئات عامة .

ولتوضيح الأمر ننظر في الفئات الرئيسة المسجلة في المحور ( I ) والتي نذكرها فيما يلي :-

- الاضطرابات التي يتم تشخيصها لأول مرة في سنوات المهد أو الطفولة أو المراهقة مثل اضطراب السلوك conduct disorder والذاتوية الطفلية infantile autism وتتضمن هذه الفئة الاضطرابات العقلية والانفعالية والسلوكية التي تظهر قبل الرشد على الرغم من أنها تستمر غالباً في الرشد.

- اضطرابات الهذيان delirium والعته dementia وفقدان الذاكرة amnesia والاضطرابات المعرفية الأخرى ، وهي مشكلات ترتبط بحدوث تلف في المخ من خلال حدوث إصابة أو مرض .

- الاضطرابات المرتبطة بالمواد ذات التأثير النفسي Substance-related Disorders مثل الكحول وهي حالات يكون فيها معاناة نفسية أو ضرر جسمي .

- الفصام والاضطرابات الذهانية الأخرى Schizophrenia and other psychotic disorders وهي الاضطرابات التي يفقد فيها الشخص الاتصال بالواقع contact with reality وفيها توجد هذاءات delusions وهلاوس hallucinations وتدهور في الأداء الاجتماعي وقد يصبح الفرد منسحباً بشكل حاد من الآخرين .

- الاضطرابات المزاجية Mood Disorders وهي الاكتئاب Depression والاضطراب الثنائي القطب Bipolar Disorder والذي فيه يتراوح المريض بين فترات من الاكتئاب الحاد وفترات من الهوس وزيادة الاستثارة والنشاط .

- اضطرابات القلق Anxiety Disorders مثل الرهاب phobia واضطراب الفزع panic disorder والاضطراب الوسواسي القهري Obsessive compulsive disorder واضطراب توتر ما بعد الصدمة post-traumatic stress disorder .

- الاضطرابات ذات الشكل الجسمي Somatoform Disorders وهي اضطرابات ذات أعراض جسمية دون وجود سبب عضوي فقد يعاني الشخص من الشلل دون وجود سبب عضوي واحد .

- الاضـطرابات المفتعلـة أو المزعومـة Factitious Disorders وهـي اضطرابات يزعمها الفرد ويدعيها أو يصطنعها عمداً .

- الاضـطرابات الانشقاقية Dissociative Disorders وهـي مـشكلات تـدل على انشقاق أو انشطار الوعي والذاكرة مثل اضطراب تعدد الشخصية .

- الاضطرابات الجنسية واضطرابات الهوية الجنسية Sexual and Gender Identity Disorders وهـي مـشكلات تتـضمن الجـنس والقـدرة علـى الفعـل الجنـسي وعـدم مناسـبة التوجـه الجنـسي inappropriate sexual orientation والتعيـيـن الـذاتي عبـر النـوعين cross-gender identification .

- اضطرابات الأكل Eating Disorders وهي مشكلات تتضمن وجود أنمـاط غيـر معتـادة مـن اسـتهلاك الطعـام food consumption مثـل فقـدان الـشهية العـصبي anorexia nervosa والـشره العـصبي bulimia nervosa ويتضمن فقدان الشهية العصبي انشغال الفرد بالنحافـة يـصاحبه فقدان شديد للـوزن أما الشره العصبي فيتضمن نوبـات مـن الإفـراط فـي الأكـل binge eating يليهـا التخلص من الطعام purging مـن خـلال التقيؤ vomiting أو اسـتخدام المليـنـات laxatives .

- اضـطرابات النـوم Sleep Disorders وهـي مشكلات تـؤدي إلـى اضـطراب النمط المعتاد للنوم مثل حدوث الكوابيس sleep terrors وفيها يستيقظ الفرد من نومه مضطرباً وفي حالة فزع .

- اضـطرابات السيطرة علـى الحفـزات Impulse Control Disorder وهـي مشكلات فيها يعجـز الفـرد عـن الامتناع عـن الـسلوكيات الـضارة مثـل هـوس الـسرقة Kleptomania إشـعـال الحرائـق Pyromania والمقـامـرة القهريـة Compulsive Gambling .

- اضـطرابات التوافق Adjustment Disorders وهـي مـشكلات يـحـدث فيهـا استجابات لاتوافقية محددة .

## الاستخدام العلمي للدليل التشخيصي والإحصائي :-

والسؤال الذي يطرح نفسه لماذا تبنى الأطباء النفسيون هذا النسق في التشخيص؟

والإجابه هي أنه مثلما هناك حاجة للتمييز بين الأمراض الجسمية المختلفة يعتقد الأطباء النفسيون أنهم ينبغي أن يكونوا قادرين على التمييز بين الحالات النفسية المختلفة ، وأننا من خلال ملاحظة كل الأعراض المرضية Symptoms التي يشعر بها الناس وتحديد الأعراض التي تظهر دوماً معاً والأعراض التي يبدو أنها لا تظهر معاً نستطيع أن نصنف كل الأعراض في فئات مرضية مختلفة ونستطيع القول مثلاً إن هذه الفئة المرضية تتضمن فقدان الاهتمام الجنسي وفقدان الشهية للطعام ، وفقدان الاهتمام بالعلاقة مع الآخرين؛ أى أن هذه الأعراض تظهر في العادة معاً. وفي فئة أخرى توجد الهلاوس واللامبالاة وفقدان الاستمتاع بالحياة وفقدان الهدف وهي أعراض تظهر في العادة معاً. وحين نحقق ذلك نضع اسماLabel لكل فئة من هذه الفئات ؛ فالفئة الأولى تسمى الاكتئاب والفئة الثانية تسمى الفصام .

والهدف من ذلك هو تيسير التواصل بين المختصين في الصحة العقلية ، مما يمكن الباحثين من وضع برامج بحثية فعالة لدراسة أسباب هذه الحالات المختلفة والتدخلات العلاجية التي تجدي مع مرضى كل فئة من هذه الفئات . وإذا كانت المشكلات النفسية المختلفة تسببها عوامل مختلفة فمن المهم للباحثين ألا يضعوا كل المشكلات النفسية معاً ولكن عليهم أن ينظروا إلى المشكلات النفسية المنفصلة من حيث صلتها بالعوامل المختلفة.

## المنهج التجريبي Experimental Method :-

يتضمن البحث العلمي أن يقوم الباحث بجمع بيانات بشكل متكرر باستخدام إحدى الوسائل العلمية لاختبار الفروض ؛ والفروض هي تنبؤات تجريبية مؤقتة تعبر عن العلاقة بين المتغيرات، والعلاقة بين المتغيرات متعددة الأنواع ولكن أكثرها قوة وأهمية للعلم هي تلك العلاقات التي يرتبط فيها أحد المتغيرات بمتغير آخر ارتباطاً سببياً مما يجعل التغيرات التي تحدث في المتغير الأول تؤدي إلى حدوث تغيرات في المتغير الآخر.

وتحديد العلاقات بين المتغيرات هدف أساسي من أهداف العلم لأنه يمكن الباحثين من الخروج بتنبؤات أكثر دقة ومن ثم توليد نظريات أفضل. والمشكلة التي تواجه الباحثين هي كيف يتأكدون من وجود علاقات سببية بين متغير وآخر بشكل يمكن

الاعتماد عليه على الرغم من أن أحدهما أو كليهما عرضة لمجموعة متنوعة من التأثيرات .

وفي علم النفس هناك مناهج غير تجريبية Non-experimental مثل المنهج الارتباطي الذي يحدد حالات انتظام العلاقة بين متغير وآخر مما قد يوحي بوجود رابطة سببية Causal Link بين متغير وآخر ولكننا نستطيع دوماً أن نجد للنتائج تفسيرات بديلة وهنا يكمن سبب سيطرة المنهج التجريبي على علم النفس طوال القرن الماضي لأن التجريب هو المنهج البحثي الوحيد الذي يمكنه من حيث المبدأ أن يستبعد جميع التفسيرات عدا التفسير القائل أن التغيرات التي حدثت في أحد المتغيرين هي التي أدت إلى التغيرات الملاحظة في المتغير الآخر والفكرة العامة هي أن التجربة هي المنهج الوحيد الذي يسمح للباحث بتحديد العلاقات السببية بين المتغيرات .

ومن هنا نعرف التجريب بأنه منهج بحثي فيه يتدخل الباحث عمداً لإحداث تغييرات في موقف بعينه بغرض ملاحظة تأثير تلك التغيرات على العملية التي يقوم بدراستها . وتكمن السمة الأساسية للتجربة في نظرية التدخل Intervention وهي تعني أن الباحث يقوم بإجراء تغييرات معينة في موقف بعينه لتحديد العلاقات السببية بين المتغيرات .

وهناك وظيفة من وظائف التصنيف تخدم البحث العلمي وهي تزويد الباحثين في مجال الصحة العقلية بلغة عامة وتعريفات إجرائية واضحة للظواهر المدروسة . وعلى سبيل المثال لو أراد باحث أن يختبر ما إذا كان عقار معين سيساعد في تخفيف alleviate الاكتئاب فإنه يضع خطة برنامج بحثي تجريبي فيه يعطي لمجموعة أخرى من المرضى المكتئبين بالمثل عقاراً زائفاً Placebo Drug (أي مادة غير فعالة تماثل الدواء الحقيقي) بحيث لا يعرف المبحوثون المشاركون في الدراسة Participants ما إذا كانوا يتناولون المادة الفعالة أو يتناولون المادة غير الفعالة أي أن توزيع المبحوثين المشاركين في البحث على مجموعتي الدراسة تحدده الصدفة أو التوزيع العشوائي وذلك لتقليل التحيز في طريقة توزيع المبحوثين على مجموعتي الدراسة قدر الإمكان . ولتجنب تأثير توقعات الباحث على النتائج فإن الباحث لا يعرف ما إذا كان المبحوث المشارك في التجربة يتناول المادة الفعالة أو المادة غير الفعالة . وبعد فترة زمنية مناسبة فيها يعتقد الباحث أن العقار قد أثر في المبحوثين ؛ يرى الباحث ما إذا كان المبحوثين الذين تم إعطاؤهم العقار الحقيقي قد أصبحوا أقل اكتئاباً ممن تم إعطاؤهم العقار الزائف

فإذا كانوا بالفعل أقل اكتئاباً يستطيع الباحث أن يقرر أن البحث قد قدم الدليل على أن العقار يخفف من أعراض الاكتئاب . ويسمى هذا المنهج بمنهج الضبط العشوائي وهو يستخدم عامة لاختبار العقاقير الجديدة وفعالية الصور الأخرى من العلاج.

وهناك تصميمات تجريبية Experimental Designs أخرى أكثر تعقيداً وتتضمن مجموعات عديدة بغرض المقارنة فإذا كان الباحث مهتماً بمعرفة ما إذا كان الدواء أكثر فعالية حين يتزاوج مع العلاج النفسي فإنه يضع مجموعة من المرضى المكتئبين ويعطي لهم الدواء الحقيقي مع استخدام العلاج النفسي بالإضافة إلى المجموعتين السالفتين. وعلى الرغم من صعوبة مثل هذه الدراسات وزيادة تكلفتها من حيث الوقت والجهد والمال (سيلجمان ١٩٩٥ Seligman) إلا أن النتائج يمكن أن تكون مفيدة جداً في توجيه الممارسة الفعلية.

ولإجراء مثل هذه النوعية من الدراسات ، على الباحث أن يكون قادراً على أن يعرف بدقة ماذا يقصد باصطلاح الاكتئاب (أو المشكلة المستهدفة بالعلاج) ؛ وأن يكون قادراً على قياسه. ويحتاج الباحث إلى يتأكد من أن أفراد المجموعة الذين أعطوا العقار الحقيقي متساوون في مستوى الاكتئاب مع أفراد المجموعة الذين أعطوا العقار الزائف عند بداية الدراسة ، كما يحتاج إلى أن يتأكد أن مستوى الاكتئاب لدى المجموعة التي أعطيت العقار الحقيقي قد تناقص بالمقارنة بمستواه لدى المجموعة التي أعطيت العقار الزائف. ويحتاج الباحث أيضاً إلى أن يتواصل مع زملائه وينقل لهم بدقة ما قام به في البحث حتى يتمكن الآخرون من تنفيذ نفس الخطوات والتأكد من صحة النتائج إذ أن من طبيعة البحث العلمي الجيد أن تكون النتائج قابلة للإعادة Replicable. إننا نستطيع القول بثقة إن الدليل قوي بما يكفي لقبوله عن طريق إعادة الباحثين المختلفين في أنحاء مختلفة من العالم للتجارب وتوكيد النتائج ؛ لذلك ينبغي أن نكون قادرين على أن نعرف بدقة الظاهرة محل الدراسة وأن نكون قادرين على قياسها وملاحظة التغيرات التي تحدث فيها بمرور الوقت ، ومن المهم أن نتمكن من ترجمة المفاهيم النفسية إلى درجات كمية رقمية حتى نتمكن من إجراء الاختبارات الإحصائية المناسبة لتلك الدرجات .

وإذا أردنا أن نقدم ملخصاً مختصراً للمنهج التجريبي في سياق النموذج الطبي نقول:-

*أولا* : ينبغي أن يكون الباحث قادراً على أن يعرف بوضوح الظاهرة المدروسة ولأن يقيسها بطريقة ما من طرق القياس.

*ثانيا* : يقوم الباحث بإجراء تجريبي أو علاجي بطريقة تجعله قادراً على إرجاع آية تغييرات تحدث مباشرة إلى ذلك الإجراء التجريبي أو العلاجي الذي قام به ؛ وهذا هو الهدف العلمي للتصنيف السيكاتري، وهناك بالطبع بعض أوجه النقد للمنهج العلمي والتصنيف السيكاتري .

***القياس:-***

يعمل التصنيف السيكاتري على تزويد المجتمع بلغة عامة يتعامل بها المختصون في مجال الطب النفسي وعلم النفس وقد سجل الدليل التشخيصي والإحصائي DSM IV (الجمعية الأمريكية للطب النفسي ١٩٩٤ APA) مئات الاضطرابات السيكاترية نقدم منها على سبيل المثال لا الحصر أعراض النوبة الاكتئابية الكبرى Major Depressive Episode .

ونلاحظ أن هناك تسعة أعراض مسجلة وتشخيصها هو نوبة اكتئابية كبرى ، وأن الشخص المصاب ينبغي أن يتوافر لديه خمسة من الأعراض التسعة المذكورة ومن ثم حين يذكر اثنان من الأطباء النفسيين أن مريضاً لديه نوبة اكتئابية كبرى فإنهما يفهمان ما يعنيه ذلك. وبالمثل حين يتم تشخيص فرد على أن لديه اضطراب القلق المعمم Generalized Anxiety (GAD) Disorder فمعنى ذلك أن لديه المعايير Criteria المذكورة في DSM IV لهذا الاضطراب وقد زود الدليل التشخيصي الأطباء النفسيين ومستخدميه من المعالجين النفسيين بإطار مرجعي مشترك ولغة عامة وأداة أساسية للبحث العلمي فبالرجوع إليه طور عدد من الأطباء النفسيين والاختصاصيين النفسيين مقابلات Interviews واستبانات Questionnaires لقياس المشكلات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والتعبير عنها في شكل درجات كمية رقمية يمكن استخدامها في البحوث .

***أعراض النوبة الاكتئابية الكبرى كما هي مسجلة في الدليل التشخيصي والإحصائي DSM IV :-***

أ. لكي يتم تشخيص النوبةالاكتئابية الكبري ينبغي أن توجد لدى الشخص :

خمسة أعراض أو أكثر من الأعراض التالية خلال فترة الأسبوعين الماضيين وأن تمثل اختلافاً عن الأداء أو النشاط أو السلوك السابق ، وأن يكون أحد تلك الأعراض على الأقل :-

- وجود المزاج الاكتئابي Depressed Mood .
- فقدان الاهتمام بالاستمتاع بالحياة Loss Of Interest In Pleasure .

ملاحظة:-

لا تذكر الأعراض التي ترجع إلى حالة طبية عامة بشكل واضح ، أو الهذاءات أو الهلاوس المصاحبة للحالة المزاجية مثل:

١. وجود مزاج اكتئابي معظم اليوم ، وكل يوم تقريباً ، وذلك وفقاً للتقارير الذاتية للفرد (مثل: " أشعر بالحزن أو الخواء !") أو ملاحظة الآخرين له(كأن يبدو دامع العينين). ونلاحظ أن هذا العرض لدى الأطفال والمراهقين يمكن أن يكون وجود المزاج المتقلب.
٢. وجود تضاؤل ملحوظ في الاهتمام أو الاستمتاع بالحياة العامة ، أو بكل الأنشطة معظم اليوم وكل يوم تقريباً كما يبدو من خلال الاستجابة الذاتية أو من خلال ملاحظة الآخرين للشخص.
٣. فقدان كبير للوزن دون اتباع نظام غذائي (أي حدوث تغير يصل إلى ما يزيد عن ٥% من وزن الجسم في شهر) وزيادة أوتناقص الشهية كل يوم تقريباً . ونلاحظ أنه بالنسبة للأطفال نضع في اعتبارنا فشل الطفل في تحقيق الزيادات المتوقعة في الوزن.
٤. الأرق Insomnia أو زيادة النوم Hypersomnia كل يوم تقريباً.
٥. التهيج النفسي الحركي Psychomotor Agitation أو البطء النفسي الحركي كل يوم تقريباً وذلك من خلال ملاحظة الآخرين للشخص وليس مجرد شعور الشخص بالتوتر وعدم الاستقرار أو البطء .
٦. الإجهاد Fatigue أو فقدان الطاقة كل يوم تقريباً .
٧. الشعور بانعدام القيمة Worthlessness أو الشعور بالذنب الزائد أو غير المناسب (والذي قد يكون هذائيا) كل يوم تقريباً وليس مجرد إلقاء اللوم على الذات Self-reproach أو الذنب نتيجة كون الفرد مريضاً .

٨. تناقص القدرة على التفكير Diminished ability to think أو التركيز to Concentrate أو وجود التردد وعدم القدرة على اتخاذ قرارات Indecisiveness في كل يوم تقريباً سواء من خلال التقرير الذاتي أو من خلال ملاحظة الآخرين.

٩. وجود أفكارمتكررة عن الموت (وليس مجرد الخوف من الموت ) ووجود أفكار متكررة تدور حول الانتحار دون وجود خطة محددة أو محاولة الانتحار ، أو وجود خطة محددة للانتحار .

ب. ينبغي الا تتناسب الأعراض الموجودة لدى الشخص مع معايير النوبة المختلطة ( DSM IV P.165) .

ج.أن تسبب الأعراض للشخص قدراً كبيراً من المعاناة أو الإعاقة في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني والمجالات المهمة الأخرى.

د. ينبغي الا ترجع الأعراض الموجودة لدى الشخص إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة من المواد ذات التأثير النفسي ( مثل الإفراط في تعاطي عقار معين أو دواء ) أو وجود حالة مرضية عامة مثل انخفاض إفراز الغدة الدرقية .

هـ الا ترجع الأعراض إلى أمور مثل الحداد Bereavement بعد فقدان شخص محبوب ، أو وجود أعراض تستمر لمدة أكثر من شهرين ، أو تتميز بوجود عجز وظيفي مُلاحظ ، أو وجود انشغال مرضي بانعدام القيمة أو وجود تفكير انتحاري ، أو وجود أعراض ذهانية أو تأخر نفسي حركي Psychomotor retardation .

***أعراض اضطراب القلق المعمم فيDSM IV:-***

أ- وجود قلق زائد Excessive anxiety وانزعاج Worry (توقع خائف) لمدة ستة شهور على الأقل ويتعلق بعدد من الأحداث أو الأنشطة مثل العمل أو الأداء الدراسي .

ب- أن يجد الشخص صعوبة في أن يسيطر على القلق والانزعاج.

ج- أن يرتبط القلق والانزعاج بثلاثة أعراض أو أكثر من الأعراض الستة التالية ( وتكون بعض الأعراض موجودة على الأقل معظم أيام الشهور الستة الماضية. ونلاحظ أنه بالنسبة للأطفال يشترط فقرة واحدة فقط) :-

١. عدم الاستقرار Restlessness والشعور بالخطر.

٢. الشعور بالإجهاد وبسهولة .

٣. أن يجد الشخص صعوبة في التركيز أو يجد عقله فارغاً كصفحة بيضاء.

٤. سهولة الاستثارة Irritability .

٥. توتر العضلات .

٦. اضطراب النوم (صعوبة النوم أوالاستمرار في النوم أو النوم غير المشبع وغير المريح) .

د- ألا تكون بؤرة القلق والانزعاج قاصرة على مظاهر اضطراب المحور"I" مثل ألا يكون القلق أو الانزعاج متعلقاً بالإصابة بنوبة فزع Panic Attack (مثلما يحدث في اضطراب الفزع) أو أن يشعر الفرد بالحرج أمام الآخرين (مثلما في الرهاب الاجتماعي ) أو أن يشعر بالخوف من الإصابة بالعدوى (مثلما يحدث في اضطراب الوسواس القهري) أو الابتعاد عن المنزل أو الأقارب الحميمين (مثلما في اضطراب قلق الانفصال Separation Anxiety Disorder ) أو زيادة الوزن (مثلما يحدث في فقدان الشهية العصبي) أو أن يكون لدى الفرد شكاوى جسمية متعددة (مثل اضطراب التبدين Somatization Disorder ) أو الشعور بالخوف من الإصابة بمرض خطير (مثل توهم المرض Hypochondriasis) أو أن يحدث القلق أو الانزعاج تماماً مثلما يحدث أثناء اضطراب توتر ما بعد الصدمة .

هـ- أن يؤدي القلق والانزعاج أو الأعراض الجسمية إلى معاناة ذات دلالة اكلينيكية أو إعاقة في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني والمجالات المهمة الأخرى.

و- ألا يرجع الاضطراب إلى تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة من المواد ذات التأثير النفسي ( مثل الإفراط في تعاطي عقار أو دواء) أوإلى حالة طبية عامة مثل زيادة إفراز الغدة الدرقية ، وألا يظهر تماماً خلال اضطراب المزاج أواضطراب ذهاني أو اضطراب نمائي شامل.

***<u>بعض أوجه النقد الموجهة للدليل التشخيصي والإحصائي :-</u>***

لقد حاول مؤلفو نظام DSM IV أن يحققوا قدراً أكبر من الثبات Reliability من خلال التركيز على السلوكيات القابلة للملاحظة ، ومع ذلك لا زالت العوامل

الذاتية تلعب دورًا في تقييمات الكلينيكيين وخذ على سبيل المثال المعايير الكلينيكية فيما يتعلق بالنوبة الاكتئابية الكبرى أو اضطراب القلق المعمم :-

- مالذي يعنيه الدليل بالضبط بتناقص ملحوظ في الاهتمام أو الاستمتاع بالأنشطة؟
- وما هو مستوى القلق والانزعاج الذي يمكننا أن نعتبره زائداً؟

ولا يعتبر المستوى المعاصر لتصنيف المرض النفسي قوياً بما فيه الكفاية وفي

خلال فترة مائة عام قد ينظر الناس إلى الوراء ويعتبرون معرفتنا الحالية عن تصنيف الأمراض النفسية بدائية نسبياً مثلما يحدث عندما نقرأ التاريخ عند بداية القرن العشرين ونعرف ما فعله علماء الفرينولوجيا Phrenology من دراسة الشخصية عن طريق النتوءات الموجودة في الرأس.

وعلى الرغم من أن هدف الدليل التشخيصي والإحصائي هو وصف فئات محددة Discrete categories من الاضطراب النفسي إلا أننا في الغالب لا يتضح لنا متى تنتهي فئة ومتى تبدأ الأخرى وأين ينبغي وضع الحدود بين الاضطرابات المختلفة . وعلى سبيل المثال فإن كل من الفئات التشخيصية للاكتئاب والقلق تتضمن أعراضاً مثل اضطراب النوم Sleep Disturbance والإجهاد Fatigue وصعوبة التركيز Difficulty Concentrating ، ومعنى ذلك أن التشخيص يمكن أن يكون إجراء غير ثابت ولا يمكن الاعتماد عليه،والمريض الذي لديه هذه الأعراض قد يشخصه طبيب نفسي على أنه مصاب بالاكتئاب ويشخصه طبيب نفسي آخر على أنه مصاب بالقلق . وقد أثبتت بعض الدراسات أن نسبة الاتفاق بين الأطباء النفسيين فيما يتعلق ببعض الاضطرابات أقل من ٥٠% (زيجلر وفيلبس ١٩٦١ Ziegler & Phillips وويليامز وآخرون١٩٩٢Williams et al) ومن ثم فإن أحد المهام المطلوبة في أية مراجعة للدليل التشخيصي والإحصائي هي محاولة إنجاز نسق أكثر ثباتاً وعلى الرغم أن النسق الحالي لم يبلغ حد الكمال إلا أن أغلب الأطباء النفسيين يتفقون على أنه أكثر ثباتاً من سابقه .

وقد انتقد آخرون صدق النسق التشخيصي ، والصدق Validity هنا يشير إلى مدى قياس الفئة التشخيصية ما صممت لقياسه. وربما كان عيب النسق التشخيصي الحالي هو أنه فئوي Categorical أي أن الشخص إما أنه مصاب باضطراب بعينه أو غير مصاب. وقد نادى بهذا النقد هانز أيزنك Hans

ورأى Eysenk أننا ينبغي أن ننظر إلى الوظيفة النفسية على أنها تمتد على متصل يمتد من أقل الدرجات إلى أعلاها وأن معظم الناس يقعون في مكان ما بين الطرفين ( أيزنك ١٩٨٦ Eysenk ) وعلى الرغم من أهمية راي أيزنك وأنه يعكس واقع بعض الحالات إلا أن حقيقة قيام النموذج الحيوي الطبي على فكرة الانقسام الثنائي بين السواء واللاسواء تجعلنا نستمر في رؤية الاضطرابات النفسية بطريقة الكل أو لاشيء أي أن الشخص إما أنه مصاب بالاضطراب أو لا وهذه الطريقة في التفكير تكمن ضمن فكرة أن الاضطرابات العقلية هي أمراض مثلها مثل الأمراض الجسمية.

إن آراء أيزنك مهمة وربما أدى اقتراحه في النهاية إلى وجود نسق تصنيفي أفضل ولكن على الرغم من أن أيزنك لم يكن ينتقد التصنيف والتشخيص في حد ذاتهما إلا أن هناك عديداً من العلماء انتقدوا النموذج الطبي ودور التصنيف والتشخيص . وعلى أية حال فإن التطورات العلمية في مجال علم نفس النمو تبشر بأن تقودنا إلى فهم أفضل لطبيعة المرض النفسي.

والآن نود أن نناقش بعض البحوث التي أجريت حديثاً واجتذبت الكثير من الاهتمام وهي تبحث العلاقة بين النشاط النفسي وبين نواحي الخلل البيوكيميائية.

## *نواحي الخلل البيوكيميائية Biochemical Imbalances :-*

إن الفرض الأساسي في المنظور الحيوي الطبي هو أن وجود اختلالات بيوكيميائية في المخ تؤدي إلى سلوك مرضي ، والمخ Brain مكون من شبكة معقدة Complex network من الخلايا العصبية Neurons التي تتصل ببعضها عن طريق شحنات كهربائية Electrical Impulses وتنتقل الشحنات العصبي باستخدام مواد كيميائية تسمى المواد الموصلة العصبية Neurotransmitter substance فإذا حدثت زيادة في إفراز المواد الموصلة العصبية أو نقص في إفرازها ، أو تم إعاقة السبيل أو نقل هذه المادة بين الخلايا العصبية فإن العمليات الطبيعية التي تُعتبر هذه المادة مسئولة عنها تخفق وتنحرف عن مسارها الطبيعي . والموصلات العصبية المختلفة تخدم مناطق مختلفة من المخ . وقد حاول الباحثون دراسة العلاقة بين الموصلات العصبية المختلفة والمشكلات النفسية المختلفة التي تم تحديدها باستخدام نظام الدليل التشخيصي والإحصائي .

وقد قام الباحثون على سبيل المثال بدراسة العلاقة بين نوع من الموصلات العصبية يسمي الأمينات الأحادية Monoamines وبين تشخيص الاكتئاب وقد

وجدوا أن الناس المكتئبين بشدة والميالين للانتحار Suicidal يكون لديهم في الغالب مستويات منخفضة من الأمينات الأحادية والمسماة بالسيروتونين Serotonin والنورإبينفرين Norepinephrine (كوبن ودوجان Coppen & Doogan ١٩٨٨ وكوربي وآخرون Korpi et al ١٩٨٦ وماك نيل وسيمبوليك McNeal & Cimbolic ١٩٨٦ ) .

وتبين البحوث أنه لا شك في أن أدائنا الحيوي الكيميائي مرتبط بأدائنا النفسي إلا أن الدليل على أن الاختلالات البيوكيميائية تؤدي إلى مشكلات نفسية ليس واضحا لأن النشاط النفسي أيضاً يمكن أن يؤدي إلى نشاط بيوكيميائي .

وهناك باحثون آخرون حاولوا أن يدرسوا نواحي القصور الوراثية Genetic Deficits .

***العوامل الوراثية Genetic Factors :-***

والفرض الثاني للنموذج الحيوي الطبي هو أن العمليات البيوكيميائية تتأثر بالعوامل الوراثية ، وقد بينت البحوث في مجال الوراثة النمائية Developmental genetics حيث أن نواحي الشذوذ في بنية الكروموسومات Structure Of chromosomes أو عددها يرتبط بعدد من التشوهات Malformations مثل زملة أعراض داونز Downs syndrome . ولا شك أن زملة أعراض داونز لها سبب وراثي ؛ ففي مناطق من الكروموسوم توجد ذرات من الحمض النووي (DNA) Deoxyribonucleic acid تسمى الجينات وإذا كان الكروموسوم عقداً من الخرز فإن الجينات هي حباته ، وتلك الجينات تحدد الخصائص الوراثية مثل لون العين ولكن العلاقة بين الجينات والسلوك أقل مباشرة وتعتمد على البيئة أيضاً . والميراث الجيني للشخص يسمى بالنمط الوراثي Genotype والخصائص التي تنتج عن التفاعل بين الجينات والبيئة تسمى بالنمط البيئي Phenotype (أي مدى تأثير البيئة في الخصائص الجسمية الوراثية) وهكذا قد نجد شخصين لديهما نفس الاستعداد الوراثي Genetic predisposition للإتيان بسلوك معين (أي لديهما نفس النمط الوراثي ) ولكن أحدهما قد يستمر في مساره ويأتي بذلك السلوك والآخر لا يفعل ( أي يختلف نمطهما البيئي ) ولقد درس العلماء تعقيدات التفاعل بين الوراثة والبيئة وتوصلوا إلى أن هناك القليل من الحالات التي تمكنوا فيها من تحديد جينات خاطئة ؛ فعلى سبيل المثال يعتقد العلماء أن مرض هنتنجتون Huntington وهو مرض يصيب شخصاً واحداً من كل ( ١٥,٠٠٠ )

شخص وأن سببه جين واحد (جو سيللا وآخرون ١٩٨٣ Gusella et al). وهو اضطراب أعراضه حدوث انقباضات غير عادية في أطراف الشخص Limbs وعضلاته الوجهية Facial muscles كما يحدث لديه إعاقة في الكلام Impaired speech وصعوبة في البلع Difficult swallowing وفشل في الذاكرة Failing memory وصعوبة في الانتباه Attention difficulty وعته متزايد Progressive dementia ويؤدي المرض إلى الموت بعد فترة تتراوح من ١٠-٢٠ سنة وهناك أمراض أخرى يعتقد العلماء أنهم يفهمون أساسه البيولوجي وهو مرض باركنسون Parkinson's Disease والتصلب المتعدد Multiple Sclerosis ومرض الزهايمر Alzheimer وزملة أعراض توريت Tourette's syndrome وعته الأيدز ، وزملة أعراض كورساكوف Korsakoff's syndrome.

## ***الاضطرابات العضوية Organic Disorders :-***

### ***١. مرض هنتجتون Huntington Disease :-***

ويتضمن هذا المرض وجود عته متزايد Progressive Dementia مع وجود صعوبات في الحركة بسبب تدهور خلايا المخ Degeneration. وهو يتضمن فقدان النشاط العقلي وتشنجات Tremors بسبب قصور في إفراز مادة الدوبامين Dopamine deficiency.

### ***٢- التصلب المتعدد Multiple Sclerosis :-***

ويتضمن فقدان النشاط العقلي مع ضعف وعدم استقرار وتشنج Spasticity في الرجلين بسبب فقدان Myelin (وهو الغشاء المغلف للخلايا العصبية).

### ***٣ - مرض الزهايمر Alzheimer's Disease :-***

وهو عته متزايد سببه فقدان الخلايا العصبية في منطقة قرن آمون Hippocampus في المخ.

### ***٤ - عته الانسداد المتعدد Multi-infarct Dementia :-***

وهو عته سببه سلسلة من الجلطات Strokes في المخ.

### ***٥ - الإصابة المخية Brain Injury :-***

وهو مرض يتضمن تغيرات عقلية معرفية وشخصية سببها ضربة أو إصابة في الدماغ.

**٦ - زملة أعراض توريت Tourette's Syndrome :-**

وهي لازمات متعددة سببها اختلالات عصبية كيميائية ( أسيتايلكولين/ دوبامين Acetylcholine / Dopamine).

**٧-عته الأيدز Aids Dementia :-**

وهو عجز معرفي سببه الإصابة بالأيدز.

**٨ - زملة أعراض كورساكوف Korsakoff's Syndrome :-**

وهي مشكلات في الذاكرة والانتباه سببها إصابة المهاد البصري في الدماغ Thalamus نتيجة تعاطي الخمر ووجود أوجه قصور غذائية.

والنموذج الحيوي الطبي مفيد إلى حد كبير في بحث الاضطرابات العضوية والآن ما *هي المشكلات التي يعتقد أنها من طبيعة سيكولوجية ولكنها يمكن أن تدخل ضمن قائمة الاضطرابات العضوية مستقبلاً؟*

كما ذكرنا من قبل يوجد دليل بحثي على أن العوامل البيولوجية ترتبط بمدى من المشكلات النفسية ولكن اتجاه السببية غير مؤكد في معظم الحالات، والاستثناء الوحيد الممكن من هذه المشكلات هو الفصام Schizophrenia وتشخيص فرد بأنه مصاب بالفصام لا يعني أن لديه انقساماً أو انفصاماً في الشخصية Split personality ولكن يعني أن لديه انفصاماً بين الأفكار والمشاعر .

إن العلامات التشخيصية المميزة للفصام هي الهلاوس والهذاءات واضطرابات الوجدان والتفكير ، ويتطلب DSM IV ( ص ٢٨٥ ) الآتي لتوكيد تشخيص الفصام : -

أ – الأعراض الأساسية المميزة وتتضمن وجود عرضين أو أكثر مما يلي ، وأن يستمر كل منهما جزءاً كبيراً من الوقت أثناء فترة شهر واحد ( أو أقل إذا تم علاجه بنجاح :-

١ – الهذاءات Delusions .

٢ – الهلاوس Hallucinations .

٣ – عدم انتظام الحديث Disorganized Speech .

٤ – السلوك التصلبي الكتاتوني Catatonic Behavior أو السلوك غير المنتظم إلى حد كبير .

٥ – الأعراض السلبية Negative Symptoms مثل السطحية الوجدانية Affective Flattening وانعدام الإرادة Avolition or Alogia .

نلاحظ أن المطلوب هو عرض واحد فقط من الأعراض المسجلة والمذكورة آنفاً إذا كانت الهذاءات غريبة والهلاوس تتكون من وجود صوت يعلق على سلوك الفرد أو أفكاره أو صوتين أو أكثر من الأصوات التي تتحاور مع بعضها .

ب – اضطراب الوظيفة الاجتماعية / المهنية Social/Occupational Dysfunction و يستمر ذلك نسبة كبيرة من الوقت منذ بداية الاضطراب حيث يكون مجال أومجالين مثل العمل والعلاقات بين الشخصية أو العناية بالذات أقل من المستوى الذي كان موجوداً قبل بداية الاضطراب .

ج – المدة : - تستمر العلامات المرضية ستة شهور على الأقل ، وينبغي أن تتضمن تلك المدة شهراً على الأقل من الأعراض التي تتفق مع المعيار( أ ) ( أعراض المرحلة النشطة ) و قد تتضمن فترات من الأعراض المتبقية Residual أو الإنذارية Prodormal وأثناء تلك الفترات المتبقية أو الإنذارية قد تبدو علامات الاضطراب من خلال الأعراض السالبة أو اثنين أو أكثر من الأعراض المذكورة في المعيار ( أ ) بشكل مخفف مثل وجود المعتقدات الغريبة والخبرات الإدراكية غير العادية . ( أولتمانز وآخرون ٢٠٠٠ ص ٢٠٧)

***<u>دراسات التوائم Twin Studies :-</u>***

لو كان الفصام سببه وراثي فإننا نتوقع أن يكون التوأمان أكثر ميلاً للإصابة بالفصام وهذا ما بينه الدليل البحثي ولقد كانت أشهر الدراسات ما قام به جوتزمان وشيلدز (١٩٧٢) Gottesman & Shields حيث قاما بمراجعة تواريخ حالات Case Histories (٤٥,٠٠٠) مريض ترددوا على إثنين من المستشفيات في لندن بين عامي (١٩٤٨) و (١٩٦٤) وقاما بالاتصال بخمسة وأربعين فصامياً ممن لهم توائم وحصلا على موافقتهم على الاشترك في الدراسة. وقد وجد الباحثان أن (٤٢%) من التوائم المتطابقة لديهم فصام في مقابل (٩%) من التوائم غير المتطابقة . ومن المعروف أن معدل شيوع وانتشار الفصام في المجتمع العام حوالي ( ١% ) . ومن ثم توحي هذه النتائج بأنه كلما

كان الشخصان أكثر قرباً من حيث الصلة الوراثية البيولوجية كلما زاد احتمال إصابة أحدهما بالفصام لو أصيب به الآخر.

وبعد دراسة جوتزمان وشيلدز تمت عديد من دراسات الحالة التي قررت وجود نمط مماثل يتسق مع ما توصل إليه جوتزمان وشيلدز ( هستون ١٩٧٠ ، ١٩٩٢ Heston ) وبالطبع فإن الأقارب البيولوجيين تتم تنشئتهم معاً في العادة ومن ثم فإنهم يشتركون في بيئات متماثلة وبناء على ذلك لا يتضح لنا دوماً من تلك الدراسات أن العوامل الجينية هي سبب ارتفاع معدل الاتفاق Rate of concordance بينهم . ولكن حين حاول الباحثون استبعاد to rule out العوامل البيئية عن طريق مقارنة التوائم الذين تمت تنشئتهم معاً في مقابل التوائم الذين تمت تنشئتهم منفصلين apart وقد وجد الباحثون أن هناك معدلاً عالياً للاتفاق حتى بالنسبة للتوائم الذين انفصلوا عن بعضهم في باكورة حياتهم ( جوتزمان ١٩٩١)

ومن المقبول الآن لدى معظم المختصين النفسيين والأطباء النفسيين أن الفصام له أساس بيولوجي على الرغم من أن طبيعة ذلك الأساس أي الدور الدقيق للعوامل الجينية والعصبية الكيميائية ليست مؤكدة حتى الآن ، ولا نستطيع القول بأن الجينات تسبب الفصام . وما توحي به الدراسات هو أنه بالنسبة للتوائم لو أصيب أحد التوأمين بالفصام فهناك فرصة مقدارها( ٥٠% ) أن يصاب الآخر به أيضاً وتوحي هذه الحقيقة بأنه على الرغم من وجود قابلية وراثية للإصابة بالفصام Genetic Vulnerability إلا أن هناك عواملاً أخرى تبدو مهمة في تحديد ما إذا كان الفرد سيصاب به أم لا .

***ولكن هل نحن قادرون على تحديد الجينات المسئولة عن الإصابة بالفصام؟***

والإجابة أنه على الرغم من وجود بعض الدراسات المنشورة التي جعلت الباحثين يخمنون أنهم قد وجدوا الجين المسئول عن الفصام ( مثل دراسة باسيت وآخرين ١٩٨٨ Bassett et al) إلا أن هناك دراسات أخرى لم تتمكن من تأييد تلك النتيجة ( مثل دراسة أوين وآخرين ١٩٩٠ Owen et al) ومن ثم على الرغم من إمكانية وجود مكون وراثي Genetic Component في الفصام لم يتمكن العلماء بعد من تحديد الجين المسئول عنه على طريقة مرض هنتنجتون Huntington Disease الذي تم ربطه بجين واحد بعينه . كما أننا لا نعرف أيضاً على وجه التحديد كيفية تأثير الجينات في السلوك على الرغم

من وجود الكثير من التأملات والبحوث التي أجريت عن كيفية تأثير الجينات على الكيمياء العصبية للمخ.

ويتضح من كون نسبة الاتفاق بين التوائم المتطابقة لا تصل إلى ١٠٠% أن العوامل الوراثية لا تفسر كل التباين والاختلاف ، ومن ثم فلابد أن حدوث الفصام يعتمد على التفاعل بين الاستعداد الذي تحدده الوراثة وبين الأحداث البيئية المختلفة ، وتعرف هذه النظرة العامة باسم نظرية الاستهداف – التوتر Diathesis – Stress Model وهي النظرية الأكثر قبولاً بين الباحثين فيما يتعلق بسببية الفصام .

ومن المثير للاهتمام أن هناك طريقة حديثة في التفكير أدت إلى تفسيرات بديلة للفصام مثل احتمال حدوث إصابات فيروسية أثناء حمل الطفل مثل إصابة الأم بالحصبة Measles أو الجديري Chicken pox مما يؤثر على نمو الطفل في الوقت الذي يتكون فيه المخ ( أوكالاجان وآخرون ١٩٩١ - O'Callaghan et al١٩٩٣ ) ومن ثم تظل أسباب الفصام مثاراً للجدل .

أما الاضطراب الثنائي القطب Bipolar Disorder أو ما يسمى بالاكتئاب الهوسي Manic- depression وهي حالة فيها يشعر الأفراد بالهوس ويتبادل ذلك الظهور مع فترات من الاكتئاب. ويتكون الهوس Mania من حالة مزاجية مرتفعة وتضخم تقدير الذات ، والشعور بالعظمة ، وتناقص الحاجة إلى النوم وزيادة الكلام وتسارع الأفكار وتطايرها ويعاني (١%) من هذه الحالة في فترة ما من فترات حياتهم ؛ ويبدو أن هذه الحالة تشيع بين الرجال والنساء ولدى جميع الطبقات الاجتماعية، وإذا أصيب أحد التوأمين بهذا الاضطراب فهناك فرصة مقدارها (٥٠%) أن يصاب به الآخر أيضاً ( ماك جوفن و كاتز McGuffin & Katz١٩٨٩)ومثلما هو الحال في الفصام لا يعرف علماء الطب حالياً ما إذا كانت الجينات تلعب دوراً وما هو عدد الجينات المتضمنة وما هي الميكانيزمات التي تعمل في الإصابة بالمرض . ويوحي الدليل البحثي أن العوامل البيولوجية ضرورية في نمو بعض المشكلات النفسية ، وخاصة فيما يتعلق بالفصام والاضطراب الثنائي القطب وهما يبدوان مبنيين على أساس بيولوجي ولكن من غير المؤكد بالنسبة للمشكلات النفسية ما إذا كانت العوامل البيولوجية سبباً أم نتيجة للمشكلات النفسية .

## *العلاجات المبنية على أساس النموذج الحيوى الطبى :-*

يرى النموذج الحيوي الطبي أن المرض النفسي ينتج عن العوامل الجسمية ومن ثم يحتاج العلاج إلى التركيز على تغيير الحالة الجسمية للشخص المريض . وهنا نناقش ثلاثة أنواع من العلاج وهي :-

١. العلاج الدوائي Drug Therapy .

٢. العلاج بالصدمات الكهربائية Electro-convulsive Therapy .

٣. الجراحة النفسية Psychosurgery .

### *١. العلاج الدوائي :-*

إننا نعرف عن الاكتئاب أكثر مما نعرف عن أي اضطراب سيكاتري آخر وسبب ذلك أنه من أكثر المشكلات النفسية شيوعاً ، وقد تم تقديم مضادات الاكتئاب Antidepressants لأول مرة في عام ١٩٥٠ م مما أعلن عن بدايات الطب النفسي كما نعرفه اليوم ، والعلاج الدوائي منتشر الآن في الخدمة الصحية دولياً ؛ وفي كل عام يتم صرف ملايين من الوصفات الطبية التي تتضمن عقاقير تعالج الحالات النفسية . والآن سوف نناقش تأثير العقاقير على بعض الاضطرابات النفسية والعقلية :-

#### *اضطراب الوسواس القهرى Obsessive Compulsive Disorder*

في بعض الحالات يكون العلاج الدوائي للوسواس القهري مفيداً خاصة إذا تزاوج مع العلاج السلوكي وهناك دراسات عديدة بينت أن العلاج بمضادات الاكتئاب الثلاثية Tricyclic Antidepressants قد يكون مفيداً في علاج مرض الاضطراب الوسواسي القهري (جودمان وآخرون ١٩٩٥ Goodman et al) وقد اهتمت عديد من تلك الدراسات بعقار Clomipramine ولكنه ليس العقار الوحيد الذي وجد أنه فعال في الاضطراب الوسواسي القهري كما أن الأداء الفعلي لتلك العقاقير غير واضح .

ويرى بعض الباحثين أن علاج Clomipramine يحدث تأثيراً مضاداً للوساوس ( ليوناردو و آخرون Leonard et al ) وقد حاول آخرون إثبات أن التأثير المفيد للعقاقير يرجع إلى تخفيف الاكتئاب الذي يصاحب كثيراً من الأعراض القهرية بدلاً من التأثير على الأعراض القهرية مباشرة . وعلى أية

حال فإن استخدام العقاقير ممكن حين يكون العلاج النفسي وحده غير فعال وحين تكون الحالة المزاجية للمريض غير مستقرة . وقد تم استخدام الجيل الأكثر حداثة من العقاقير المضادة للاكتئاب والمعرفة باسم Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (SSRI's) مثل Fluoxetine (Prozac) مع مرضى الاضطراب الوسواسي القهري . ( وود وآخرون Wood et al ١٩٩٣) وأحيانا يفضل المعالجون (SSRI's) على مضادات الاكتئاب الثلاثية .

***اضطراب الفزع مع رهاب الأماكن الفسيحة Panic Disorder With Agoraphobia :-***

كان كلاين (١٩٩٣) Klein يستخدم العقار المضاد للاكتئاب في علاج مرض اضطرابات الحصر Anxiety Disorder وهناك بعض الأطباء النفسيين يعتبرون مضادات الاكتئاب الثلاثية مثل إيمبرامين (Impramine (Tofranil علاجاً مفضلاً لاضطراب الفزع ( أجراس ١٩٩٣ Agras ونويس ١٩٩١ Noyes ) ويشير كلاين إلى أن استخدام الدواء ينبغي أن يكمله علاج نفسي هدفه تخفيض توقعات المريض فيما يتعلق بنوبات الفزع المستقبلية ، ويتم علاج اضطرابات الحصر أيضاً باستخدام المطمئنات الصغرى من فئة العقاقير المعروفة باسم بنزوديازيبين Benzodiazepines والتي تتضمن الفاليوم Diazepam (Valium) و Alprazolam (Xanax) ويعتبر عقار Alprazolam لدى بعض الأطباء النفسيين هو العلاج المختار للمرضى المصابين باضطراب الفزع لأنه يؤدي إلى تحسن إكلينيكي سريع عن الدواء المضاد للاكتئاب كما أن له آثاراً جانبية أقل ، وهناك دراسات عديدة استخدمت عقاراً زائفاً كظرف ضابط ، وقد تبين أن عقار Alprazolam فعال مع مرضى اضطرابات الفزع (بالينجر وآخرين Ballenger et al).

وهناك بعض الآثار الجانبية المرتبطة باستخدام Benzodiazepines وتتضمن تلك الآثار التسكين Sedation الذي تصاحبه إعاقة نفسية حركية خفيفة وأيضاً مشكلات الانتباه والذاكرة ولكن أكثر الآثار الجانبية خطورة لذلك العقار هو الميل للإدمان حيث أن ما يقرب من ٤٠% من الناس الذين استخدموه لمدة ستة شهور أو أكثر بدت لديهم أعراض الانسحاب حين انقطعوا عن العقار(ساسمان وشو ١٩٨٨ Sussman & Show ) .

***الاضطراب الاكتئابي العام Major Depressive Disorder :-***

هناك ثلاث فئات عامة من الأدوية المفيدة في علاج الاكتئاب وهي :-

١. Tricyclics (TCA's).

٢. Monoamine Oxidase Inhibitors (MAOI's).

٣. Selective Serotonin Re-uptake Inhibitors (SSRI's).

وقد ذكرنا أنه هناك دليلاً بحثياً يبين أن الاكتئاب يرتبط بانخفاض مستوى الأمينات الأحادية كالسيروتونين والنورأدرينالين ومن ثم فإن تلك العقاقير تعمل على زيادة نشاط السيروتونين والنورأدرينالين.

والفئة الأولى أكثر استخداماً من الفئة الثانية خاصة في أمريكا لأن الفئة الثانية ترتبط أحياناً بحدوث آثار جانبية مزعجة وخاصة حدوث مشكلات في القلب والأوعية الدموية مثل عدم انتظام ضربات القلب Cardiac arrhythmias وعرقلة القلب Heart Block هذا بالإضافة إلى جفاف الفم Dry Mouth و ضبابية الرؤية و عدم وضوحها Blurred Vision و احتباس البول Urinary Retention ، وقد بدا أن كلا الدوائين مضادات فعالة للاكتئاب في الدراسات المضبوطة تجريبياً ( بايكل ١٩٨٨ Parke ) ويكون التحسن في حالة المريض المزاجية وفي الأعراض الأخرى واضحاً بعد فترة من أسبوعين إلى أربعة أسابيع من العلاج الدوائي كما أن الاستمرار في تلك الأدوية يبدو أنه يخفض أيضاً من إمكانية عودة الأعراض .

أما النوع الثالث من العقاقير وهو (SSRI's) فقد تم تطويرة في الثمانينات من القرن العشرين وقدم لأول مرة عام ١٩٨٧ وهو يوجد فيما يزيد عن نصف الوصفات الطبية المكتوبة لعلاج الاكتئاب ( سيلفرستون ١٩٩٢ Silverstone وطومسون ١٩٩٣ Thompson) ويعتبر دواء Prozac أفضل أنواعه ويتعاطاه ما يصل إلى ١٥ مليون شخص حول العالم وهو يثبط وصول السيروتونين Re-uptake Of Serotonin إلى النهايات العصبية مثل العقد العصبية ومن ثم يزيد مقدار السيروتونين المتاح في المشتبك العصبي Synaptic Cleft ويعتبر عقار( SSRI's ) له آثاراً جانبية أقل من (TCA's) و ( MAOI's ) من قبيل زيادة الوزن والإمساك والخمول ، ومن الأيسر تناول حبة واحدة يومياً بدلاً من التجريب لأسابيع حتى يجد الطبيب الجرعة المناسبة ، وهو أقل خطورة إذا تعاطى المريض جرعة مضاعفة ، ولكن

ذلك لا يعني بالطبع أنه بدون آثار جانبية حيث يشعر بعض المرضى بالغثيان والصداع والإجهاد والقلق وتكون تلك الأعراض من طبيعة معتدلة ومؤقتة في العادة إلا أن الدراسات المضبوطة تبين أن عقار Prozac وعقاقير ( SSRI's) لها فعالية الصور التقليدية من العقار المضاد للاكتئاب ( ستوكس١٩٩٣ Stokes ).

*__ولكن كيف يمكننا مقارنة تأثيرات الدواء وتأثيرات العلاج النفسي في علاج الاكتئاب ؟__*

تبين الدراسات الميدانية أن كلا النوعين من أنواع العلاج يمكن أن يكونا فعالين بالمثل وهناك دراسة طموح تعرف باسم " برنامج البحث الجمعي لعلاج الاكتئاب " قارنت فعالية نوعين من العلاج النفسي هما العلاج المعرفي والعلاج بين الشخصي مع استخدام عقار مضاد للاكتئاب لمدة (١٦) أسبوعاً من العلاج (إلكن وآخرون ١٩٨٩ Elkin et al ) حيث قام الباحثون بتوزيع مرضى العيادة الخارجية المكتئبين المصابين بالذهان الثنائي القطب عشوائياً على أربع مجموعات علاجية هي :

١. العلاج بين الشخصي .

٢. العلاج المعرفي .

٣. مضادات الاكتئاب الثلاثية.

٤. عقار زائف مع معاملة كلينيكية ( تعزيز وتشجيع مستمر ).

وقد كانت نتائج هذه الدراسة إيجابية تماماً على وجه العموم على المدى القصير وكانت كل أنواع العلاج الثلاثة متفوقة في نتائجها على العقار الذي لا فعالية له والمعاملة الكلينيكية من حيث قدرتها على تخفيض الاكتئاب وتحسين المستويات الكلية للنشاط والأداء ؛ لقد تحسن المرضى الذين يتلقون الدواء بشكل أسرع إلى حد ما ولكن معدل التحسن في كلتا مجموعتي العلاج النفسي وصل إلى مستوى الدواء عند نهاية العلاج ، وقد تساوى العلاج المعرفي والعلاج بين الشخصي مع العلاج الدوائي من حيث القدرة على علاج المرضى الأقل اضطراباً ، حيث استجاب المرضى الأكثر اضطراباً بشكل أفضل للدواء . علاوة على ذلك كان العلاج بين الشخصي أكثر فعالية من العلاج المعرفي في علاج المرضى المصابين بالاكتئاب الحاد ( كلاين وروس ١٩٩٣ Klein & Ross ) .

وقد كانت تقييمات المتابعة التي تم إجراؤها بعد اكتمال العلاج بثمانية عشر شهراً أقل تشجيعاً من بيانات النتيجة الأصلية على أية حال وعند هذه النقطة لم يعد أداء مرضى مجموعات العلاج النشط الثلاث أعلى من أداء المرضى الذين تلقوا الدواء الزائف مع المعاملة الكلينيكية . وقد اتضح أن أقل من ٣٠% من المرضى الذين بدا عليهم التحسن بشكل ملحوظ عند نهاية العلاج ظلوا غير مكتئبين عند قياس المتابعة . ويشير هذا المظهر من نتائج الدراسة إلى الحاجة إلى متابعة الجهود لتحسين مناهج العلاج المتاحة حالياً .

إن أحد العيوب الواضحة والمرتبطة بكل من العلاج الدوائي والعلاج النفسي هو التأخر الشديد في تحقيق التأثيرات العلاجية وفي مواجهة التهديد الخطير بالانتحار مثلاً قد لا يستطيع المعالج أن ينتظر بضعة أسابيع لكي يحدث تغير في توافق المريض. كما أنه هناك العديد من المرضى الذين لا يستجيبون بشكل إيجابي للدواء وأساليب العلاج النفسي .

***اضطراب المزاج الثنائي القطب Bipolar Mood Disorder :-***

يقع الاختيار على أملاح الليثيوم لعلاج اضطرابات المزاج الثنائية القطب. وقد كان أول من كتب تقريراً عن التأثيرات العلاجية لها هو جون كاد John Cade في ١٩٤٩ وهو طبيب نفسي استرالي كان يدرس الآثار السامة للحامض البولي Uric Acid على خنازير غينيا وأحتمال أن يؤدي أيون الليثيوم Lithium Ion إلى تخفيض تلك التأثيرات السامة .

ولم يكن جون كاد مهتماً بصفة أساسية بالآثار السلوكية ولكن تصادف أن لاحظ أن خنازير غينيا التي تم حقنها بكربونات الليثيوم أصبحت هادئة وغير مستجيبة للمثيرات رغم أنها ظلت واعية تماماً ، وقد أدت تلك النتيجة غير المتوقعة بجون كاد إلى التساؤل عما إذا كانت كربونات الليثيوم لها تأثيرات مفيدة على المرضى الذهانيين الشديدي الاستثارة فقام باستخدامها مع سلسلة من عشرة من المرضى الهوسيين وحصل على نتائج مذهلة ؛ فحتى المرضى المزمنين الذين كانوا يعتبرون غير قابلين للعلاج استجابوا بشكل طيب خلال بضعة أيام .علاوة على ذلك فإن العديد من المرضى الفصاميين الذين كانوا من قبل مهتاجين ولا يستقرون على حال أصبحوا هادئين وميالين إلى الوداعة وحين توقف استخدام الليثيوم عاد المرضى عامة إلى أنماطهم السابقة من السلوك العنيف .

وسرعان ما بدأ الكلينيكيون الآخرون التجريب باستخدام الليثيوم وتوصلوا إلى نتائج مماثلة ، وقد تأكد انطباعهم الكلينيكي المؤيد لتأثيرات الليثيوم من خلال عدد

من الدراسات المضبوطة ( أبو صالح ١٩٩٢ Abou Saleh وكيك وماك إلروي ١٩٩٣ Keck & McElroy ) وعلى الرغم من النتائج الإيجابية لتلك البحوث الباكرة إلا أن الأطباء النفسيين الأمريكان لم يتحمسوا لاستخدام الليثيوم حتى السبعينيات من القرن العشرين وهناك مجموعة من العوامل التي تفسر ذلك التأخير وربما كان أكثرها أهمية الآثار الجانبية الخطيرة المرتبطة باستخدام الليثيوم فقد استخدم مرضى القلب والكلى الليثيوم بديلاً عن ملح الطعام ، وقد تم الإبلاغ عن عدد من حالات التسمم الخطيرة وبعض الوفيات قبل نشر تقرير جون كاد ببضعة شهور مما جعل إدارة الطعام والعقاقير ( FDA (Food And Drug Administration تقوم بتقييد استخدام الليثيوم .

وقد تزامن تقديم الليثيوم مع اكتشاف العقاقير المضادة للذهان والمضادة للاكتئاب والمضادة للقلق في الخمسينيات من القرن العشرين وقد بدا أن التأثيرات المدهشة لليثيوم قد ضاعت في الزحام وعلى الرغم من ذلك استمر عدد من الباحثين في اختبار التأثيرات العلاجية لكربونات الليثيوم وسرعان ما جاء الدليل ناصعاً، وأخيراً أسقطت إدارة الطعام والعقاقير ( FDA ) تقييداتها ووافقت على الليثيوم كعلاج للاضطرابات المزاجية في عام ١٩٧٠م . وبالإضافة إلى مرضى الهوس ، حاول كاد أن يستخدم الليثيوم مع عدد من المرضى المكتئبين وكان ما يقلقه هو أن التأثيرات المهدئة لليثيوم قد تجعل المرضى المكتئبين أكثر اكتئاباً وانسحاباً ، ولكن ذلك لم يحدث فقد بينت الدراسات التالية في الواقع أن الليثيوم يمكن أن يكون مفيداً للمرضى المكتئبين كما هو مفيد لمرضى الهوس ويصدق هذا على وجه الخصوص على الاضطراب الثنائي القطب . وعلى سبيل المثال قام بارون وآخرون ١٩٧٥ Baron et al بمعالجة (١٣٠) مريضاً من المرضى المكتئبين وقد تحسن (٨٠%) من المرضى المصابين بالاضطراب الثنائي القطب بشكل دال أثناء تداويهم بالليثيوم في مقابل (٤٠% ) فقط من مرضى الاضطراب ذي القطب الواحد الذين أبدوا تحسناً مماثلاً .

وتبين هذه البيانات أن الليثيوم اختيار معقول لعلاج مرضى الاضطراب الثنائي القطب وأن المرضى المصابين بالاضطراب الثنائي القطب و المرضى المصابين بالاضطراب الوحيد القطب يعانون من اضطرابين متمايزين .

وقد برهن باستروب وسكو ١٩٦٧ Baastrup & Schou لأول مرة على قدرة الليثيوم على منع حدوث نوبات ذهانية مستقبلية ؛ حين قاما بمقارنة سلوك (٨٨) مريضاً من مرضى الاضطراب الثنائي القطب قبل معالجتهم بالليثيوم وبعد

العلاج ، ووجدا أن الانتكاسات قبل العلاج كانت تحدث للمرضى كل (٨) شهور تقريباً ولكن بعد العلاج بدأت تحدث مرة واحدة في فترة تتراوح بين (٦٠-٨٥) شهراً .

وهناك دراسات تالية استخدمت إجراءات الضبط المنهجية والمجموعات الضابطة التي تتلقى عقاراً زائفاً قررت أيضاً أن الليثيوم فعال في منع حدوث النوبات الهوسية ، وربما كان فعالاً في منع تعاقب الاكتئاب لدى مرضى الاضطراب الثنائي القطب ( ماج ١٩٩٢ Maj وسوبس وآخرون ١٩٩١ Suppes et al ) .

ويتطلب العلاج بالليثيوم تعاون أفراد الأسرة للمساعدة في انتظام تناول المريض للجرعات اليومية وانتظام مراجعة المرضى للمستشفى لمراقبة مستويات الليثيوم في الدم . وعلى الرغم من تلك الاحتياطات يفشل عديد من المرضى في اتباع مواعيد الدواء المحددة لمنع الانتكاس .

*الفصام البارانوي Paranoid Schizophrenia :-*

لقد أشار سنيدر (١٩٧٤) Snyder إلى أن اكتشاف الدواء المضاد للذهان تم بالصدفة المحضة ، وربما كان ذلك أكثر التطورات أهمية في معرفتنا بالفصام ففي نهاية الأربعينيات من القرن العشرين (١٩٤٠) كان هنري لابوريت Henry Laborit وهو جراح فرنسي يجرب استخدام عقار اسمه Antihistamine Promethazine لمنع حدوث الصدمة الجراحية ولكن على الرغم من أنه لم يحقق التأثير المرغوب لاحظ لابوريت أن العقار قد أدى إلى حالة من اللامبالاة لدى المريض دون تنويمه ولذلك أوصى لابوريت بأن يستخدم العقار في الطب النفسي ، وقد أخذ بنصيحته ديلاي وдينيكر Delay & Deniker واستخدما عقار Chlorpromazine مع عديد من المرضى السيكاتريين وقد لاحظا حدوث استجابة سريعة ومثيرة للاهتمام لدى الفصاميين (دينيكر Deniker ١٩٧٠) وقد أكد متخصصون اكلينيكيون آخرون نجاحهم وفي غضون شهور كان عقار Chlorpromazine يستخدم في مستشفيات أوروبا وأمريكا .

ولقد أصبحت العقاقير المضادة للذهان الصورة الرئيسية للتدخل العلاجي منذ تقديمها في الخمسينيات من القرن العشرين . وقد بينت عديد من الدراسات المضبوطة تجريبياً بشكل جيد أن تلك العقاقير لها تأثير مفيد على عديد من حالات الفصام الحاد ( ماردر وآخرون ١٩٩٣ Marder et al ) ولكن هناك مرضى فصاميين آخرين لم يستجيبوا للدواء المضاد للذهان .

وقد قرر بعض الباحثين أن المرضى الذين لديهم أعراض موجبة مثل الهلاوس والهذاءات وعدم انتظام الحديث أكثر ميلاً للاستفادة من العقاقير المضادة للذهان من المرضى ذوي الأعراض السالبة(انجرست وآخرون ١٩٨٠ Angrist et al وفي الواقع هناك بعض الدليل البحثي الذي يدل على أن العقاقير المضادة للذهان قد تزيد من الأعراض السالبة مع مرور الوقت (سكولر وليفين Schooler & Levine١٩٨٣ ) وعلى الرغم من أن معظم الأشكال التقليدية من العلاج النفسي ليست مفيدة مع المرضى الفصاميين ( هوجارتي و آخرون Hogarty et al ١٩٧٤ وماي وآخرون May et al ) إلا أنه هناك بعض البرامج النفسية والاجتماعية المفيدة مثل استخدام البرامج القائمة على الأسرة مع استمرار المريض في تناول الدواء.

وهناك مشكلة تتمثل في وجود بعض المرضى المقاومين للعلاج Treatment-refractory Patients فإن نسبة تتراوح بين (١٠-٢٠%) من المرضى الذهانيين لا يستفيدون من الصور النمطية من الدواء السيكاتري ، أما الآخرون الذين يستجيبون بشكل جيد في البداية فإنهم ينتكسون بشكل متكرر أثناء العلاج الوقائي بالدواء ؛ لذا فمن المهم أن يتم تطوير صور بديلة من العلاج الدوائي . وهناك عقار اسمه Clozapine ( Clozaril) وهو عقار عصبي غير نمطي يبدو أن له تأثيراً مختلفاً أكثر من العقاقير التقليدية المضادة للذهان ويبدو أنه يقدم أملاً لبعض أولئك المرضى . وقد وجدت الدراسات التجريبية المضبوطة التي أجريت على التأثيرات العلاجية لعقار Clozapine أن هناك تحسناً دالاً لدى ما يقرب من (٣٠%) من المرضى الذين كانو يعتبرون فيما مضى مقاومين للعلاج ( كين ومادرر Kane & Marder ١٩٩٣ ) . علاوة على ذلك يبو أن معدل الآثار الجانبية الحركية منخفض تماماً بين المرضى الذين يعالجون باستخدام عقار Clozapine . إن إتاحة هذه الصور البديلة من العلاج الدوائي يعطي أملاً جديداً لبعض أولئك المرضى و أسرهم .

***الانحرافات الجنسية Sexual Perversions :-***

ولقد استخدم الباحثون العلاجات البيولوجية مع المنحرفين جنسياً أيضاً وهناك دراسات توحي بحدوث نتائج إيجابية لعقار Clomipramine وعقار فلوكستين Fluoxetine ( بريلستين و آخرون ١٩٩١ Perilstein et al و واوروز وسيستو ١٩٩٢ Wawrose & Sisto ) .

وقد تم إجراء دراسات عديدة على عقار Medroxyprogestrone acetate وهو عقار يقلل من مستويات إفراز هرمون التستوستيرون Testosterone ومن ثم يقلل من الاستثارة الجنسية . وعلى الرغم من فعالية العقار في تقليل العود عند تعاطيه باستمرار إلا أن الاضطرابات تعود عندما ينقطع المريض عن تناول الدواء (ميير وآخرون ١٩٩٢ Meyer et al ) وهناك مشكلة هي أن العقار يؤدي إلى آثار جانبية سيئة تجعل المريض ينقطع عن تعاطيه .

***اضطرابات الشخصية البينية Borderline Personality :-***

لقد جرب الباحثون عدداً من العقاقير مع مرضى اضطراب الشخصية البينية ولعل أكثرها جدارة بالذكر مضادات الاكتئاب والأدوية العصبية . وحتى وقت قريب كانت معظم البيانات المتاحة تأتي من تجارب اكلينيكية غير مضبوطة منهجياً ، وتعتبر نتائج الدراسات الأكثر ضبطاً من الناحية المنهجية غير متسقة فقد وجدت إحدى الدراسات أن الأدوية العصبية مفيدة ولكنها فشلت بعد ذلك في الحصول على نفس النتيجة وقررت بدلاً من ذلك أن مضادات الاكتئاب مثل Monoamine Oxidase Inhibitors لها بعض الفائدة (ستولوف وآخرون ١٩٩٣ Stoloff et al ) .

***الاضطراب الذاتوي Autistic Disorder :-***

لقد تم تجريب العديد من الأساليب العلاجية البيولوجية مع المرضى الذاتويين وتمت معالجة الأطفال الذاتويين مثل المرضى الذهانيين البالغين. وقد تضمنت العلاجات الشائعة العلاج بالصدمات الكهربائية ، والجراحة النفسية ، والعلاج بالفيتامينات والعقاقير المختلفة وبخاصة Phenothiazines ولكن أياً من تلك العلاجات لم يثبت أنه فعال إلى حد كبير .

وقد وردت تقارير عن تأثيرات عقار Fenfluramine وهو أحد مشتقات Amphetamine وذكرت أنه إلى حد ما أكثر إيجابية ( ريتفو و آخرون Ritvo et al ) وهو يعمل على الموصل العصبي Serotonin ويتفق مع ذلك البيانات التي توحي بوجود انخفاض في استجابة السيروتونين في الذاتوية ( ماك برايد وآخرون ١٩٨٩ McBride et al ) علاوة على ذلك فقد بينت عدد من الدراسات الحديثة حدوث تحسنات كلينيكية لدى الأطفال الذاتويين مع تناولهم للعقاقير التي تستثير إنتاج السيروتونين ( جوردن و آخرون ١٩٩٣ Gordon et al وماك دوجل وآخرون ١٩٩٢ McDougal et al ) . ولكن كان هناك

بعض القلق حول الآثار الجانبية لعقار Fenfluramine وكانت هناك حالات فشل فيها الباحثون في الوصول إلى تحسن سلوكي ومعرفي ( كامبل ١٩٨٨ Campbell ) ولكن البيانات المتوافرة حول فاعليته غير محددة في الوقت الحالي .

***اضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد Attention Deficit Hyperactivity Disorder :-***

إن أحد العلاجات الرئيسة التي تستخدم مع الأطفال المصابين باضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد (ADHD ) هو استخدام منشط للجهاز العصبي المركزي مثل (Dexedrine) Dextroamphetamine وعقار Methylphenidate ( Ritalin ) . وعلى الرغم من أنه يبدو عجيباً أن نستثير أطفالاً لديهم في الأصل مشكلات في النشاط الزائد ؛ إلا أن البحوث تبين أن تلك العقاقير تحسن الانتباه وتقلل مستوى النشاط لدى الأطفال العاديين والأطفال المصابين باضطراب قصور الانتباه والنشاط الزائد ( ADHD ) ( رابوبورت وآخرون ١٩٨٠ Rapoport et al ) .

وقد يكون الأثر العلاجي الرئيسي لتلك العقاقير هو تحسين الانتباه أو زيادة حساسية أولئك الأطفال للإثابات ( باركلي ١٩٩٠ Parkely ) فيتناقص مستوى النشاط لأن الطفل يكون قادراً على الاستمرار في النشاطات المتنوعة فترات أطول من الوقت ، فتعززه تلك النشاطات بشدة .

وتبين الدراسات المتاحة أن المنشطات Stimulants وخاصة Methylphenidate فعالة جزئياً في علاج اضطراب ( ADHD) وأن نسبة من ٣٣% - ٥٠% من الأطفال الذين تم علاجهم يبدون استجابة موجبة للمنشطات وأن نسبة من ١٠% - ٢٠% يبدون تحسناً متوسطاً .

وهناك دراسة عبقرية بينت أن عقار Ritalin ساعد الأطفال الذين يلعبون الكرة اللينة على الحفاظ على وضع الاستعداد للعب في الملعب الخارجي ومتابعة حالة اللعب ، أما الأطفال الذين أعطاهم الباحثون عقاراً مزيفاً فعلى العكس من ذلك كانوا يرمون قفازاتهم أو يركلونها وقتما كان زملاؤهم يلعبون ( بلهام وآخرون ١٩٩٠ Pelham et al ).

وهناك آثار جانبية قصيرة المدى للعلاج بالعقار المنشط وهي الأرق وفقدان الشهية وهما يختفيان بسرعة ولكن المخاطر الطويلة المدى للعلاج بالمنشطات لم

تبحث جيداً مما يجعل القرار باستخدامها يحتاج إلي أن يكون حذراً وأن يوزن بعناية ( روس وروس ١٩٧٦ Ross & Ross ) علاوة على ذلك فإن العقاقير على الرغم من تحسينها للأداء إلا أنها لا تؤدي إلى الأداء الطبيعي المكتمل ، وقد وجد والن و آخرون ١٩٨٩ Whalen et al على سبيل المثال أن تقييمات الأقران تكون أفضل أثناء العلاج بشكل دال ولكن الأطفال المصابين باضطراب (ADHD) يكونوا محبوبين بشكل أقل من المتوسط .

وأخيراً يظل تأثير العقاقير على الأداء الأكاديمي مثيراً للجدل حيث تكشف بعض الدراسات عن حدوث تغييرات موجبة بينما لا يكشف بعضها الآخر عن ذلك ( هنكر و والن ١٩٨٩ Henker & Whalen ) ( أولتمانز وآخرون ٢٠٠٠)

وهكذا يتضح لنا أن العلاجات الدوائية تبدو فعالة في تخفيض الأعراض في بعض الاضطرابات العقلية ، ولكن يصاحبها في الغالب آثار جانبية وهناك أحد الأمور المثيرة للقلق فيما يتعلق بالأدوية وهو أن بعض المشكلات الكامنة تظل باقية وعلى سبيل المثال فإن الشخص المصاب برهاب الطيران قد يتناول مهدئاً tranquilizer قبل الطيران مما يمكنه من التوافق بنجاح مع الرحلة ولكن تأثير العقاقير يزول بعد ذلك ، ويظل الخوف من الطيران باقياً لدى المريض (أوسوليفان و ماركس ١٩٨٨ ، ١٩٩١ O'Sullivan & Marks )

ولعل أحد الأمور المربكة فيما يتعلق بالعلاجات الدوائية للأمراض النفسية هو أن الأطباء الممارسين يصفونها للمرضى ، وعلى الرغم من أنهم مدربون من الوجهة الطبية إلا أنهم ليسوا مؤهلين سيكولوجياً ولا سيكاترياً كما أنهم ليسوا أكفاء كمعالجين نفسيين .

## ***العلاج بالصدمات الكهربية Electroconvulsive Therapy***

إن الصور المختلفة لعلاج المشكلات النفسيةهدفها تخفيف سبب المرض ولكن هناك علاجات أخرى تستخدم لتخفيف الأعراض دون فهم للسبب ومنها العلاج بالصدمات الكهربية وهو علاج جسمي يستخدم مع بعض صور المرض العقلي وفيه يقوم المعالج بتمرير تيار كهربي إلى المخ عن طريق قطبين يوضعان على المناطق الصدغية للجمجمة ، وذلك عن طريق آلة معدة خصيصاً لذلك ، معالمها الأساسية هي ساعة توقيف stop watch لتنظيم الوقت في كسور من الثانية ومقياس للتيار الكهربي لتنظيم شدة التيار الكهربي التي ينبغي تمريرها .

والارتجافات أو التشنجات المطلوبة عموماً يتحصل عليها عادة بشدة تتراوح من ٧٠ – ١٣٠ فولت تجري من ١او – ٥ و من الثانية فيحدث الارتجاف أو التشنج على الفور بطور افتتاحي توتري يدوم حوالي عشر ثوان ، وينقشع الطور التوتري ليجيء طور اهتزازي ارتجاجي يتلاشى بعد ثلاثين أو أربعين ثانية للنوبة ككل ، ويصحب التشنج انقطاع النفس أو انعدام التنفس ، ويعقب النوبة غيبوبة أو إغماءة تدوم من ٥ – ٣٠ دقيقة . ( كمال دسوقي ١٩٩٠ ص ١٤٩٧)

وقد قدمه لأول مرة في عام ١٩٣٨أوجو سيريلتي Ugo Cerletti و لوشيو بيني Lucio Bini وقد كان المنطق الكامن وراء ذلك العلاج هو أنهما لاحظا أن الصرع Epilepsy كان نادرا بين الفصاميين ، ومن ثم استمرا في الاستنتاج المنطقي أن النوبات الصرعية قد تمنع الفصام ، ولكننا نعرف الآن أن الصرع ليس نادراً لدى الفصاميين كما كانا يعتقدان ؛ ومن ثم فإن المنطق الكامن وراء هذا العلاج كان خاطئاً .

وبوصفه علاجاً للفصام كان العلاج بالصدمات الكهربية غير فعال ، ولكنه استمر يستخدم حتى اليوم كعلاج للاكتئاب سواء كان ذلك باستخدام الصدمات الكهربية على كلا جانبي المخ Bilateral ( حيث توضع أقطاب كهربية electrodes على صدغي المريض الأيمن و الأيسر ويمرر تيار كهربي بين كلا الجانبين ) أو بوضع الأقطاب الكهربية على صدغ واحد .

وقد كان العلاج بالصدمات الكهربية شديد الخطورة مع المرضى الذين يعانون من تشنجات spasms تؤدي إلى الإصابة الجسمية ، واليوم يعطى المريض الذي يعالج بالصدمات الكهربية عقاراً لإرخاء العضلات muscle relaxant لمنع حركات الجسم التشنجية الخطرة التي تحدث أثناء الصدمة الكهربية ( وينر و كريستال Weiner & Krystal )

ويستخدم العلاج بالصدمات الكهربية مع المرضى المكتئبين وخاصة إذا بدا لديهم تأخر حركي عميق ، ولم يستجيبوا بشكل إيجابي للعقار المضاد للاكتئاب . ويتضمن سياق العلاج الكامل إحداث عدد من النوبات يتراوح من ٦ – ٨ نوبات موزعة على ٤٨ ساعة ، وهناك عدد من الدراسات التي ذكرت أن العلاج بالصدمات الكهربية أكثر فعالية مع المكتئبين ( أبرامز و فينك ١٩٨٤ Abrams & Fink ) ويدور الكثير من الجدل حول العلاج بالصدمات الكهربية فيما يتعلق بسوء فهم الناس له ولتأثيراته ( فينك ١٩٧٧ Fink ) .

وعلى الرغم من أنه كثيراً ما يشار إليه على أنه كثيراً ما يشار إليه على أنه علاج الصدمة Shock Therapy إلا أنه لا يتضمن بالضرورة إدراك المريض لوجود تيار كهربائي ، وفي الواقع فإن المعالج قد يستخدم مخدراً قصير المدى قبل النوبة حتى لا يكون المريض واعياً عند مرور التيار الكهربي .

وقد تم التخلص من عديد من الآثار الجانبية الضارة للعلاج بالصدمات الكهربية من خلال التعديلات التي تم إدخالها عليه مثل استخدام العقاقير المرخية للعضلات لتجنب كسور العظام أثناء النوبة ، كما أن مدى فقدان الذاكرة و حدته يمكن تخفيضه إلى حد كبير من خلال وضع قطب كهربي على جانب واحد فقط ؛ فإذا تم وضع كلا القطبين على نصف المخ غير السائد لدى المريض فإنه يشعر بإعاقة أقل للذاكرة اللفظية ، ولكن العلاج يكون أقل فعالية من حيث نتائجه المضادة للاكتئاب ( الكلية الملكية للأطباء النفسيين ١٩٨٩ Royal Collage of Psychiatrists )

وعلى الرغم من أن الميكانيزم الذي من خلاله يؤتي العلاج بالصدمات الكهربية ثماره لم تتم البرهنة عليه ؛ إلا أن هذا النقد تواجهه معظم صور العلاج السيكاتري ، كما أن هناك بالطبع قضية خطيرة وهي التغيرات الدائمة التي تحدث في بنية المخ و وظائفه فقد رأى بعض نقاد العلاج بالصدمات الكهربية أنه يؤدي إلى عجز عصبي لا سبيل إلى إصلاحه ( فرايدبرج ١٩٧٧ Friedberg ) في حين أن أنصار ذلك العلاج يرون أن الدليل الذي يقوم عليه ذلك الاستنتاج غير كاف ( كراو ١٩٨٤ Crowe ) ولكننا لا يمكن أن نستبعد ذلك الاحتمال ، ومع ذلك يتركز معظم النقد حول افتقاد العلاج بالصدمات الكهربية على افتقاره للأساس العلمي ؛ إنه يشبه أن تضرب جهاز التليفزيون حين لا تحصل على صورة واضحة ، كما أنه علاج عنيف و غير إنساني ، ولكن من يستخدمونه يقولون أنه ملجأ أخير فعال في حالات الاكتئاب الحاد و المزمن وفي الحالات التي تفشل فيها العلاجات الأخرى .

ويتفق معظم الأطباء النفسيين أن العلاج بالصدمات الكهربية شديد الفاعلية في علاج الاكتئاب الحاد والباعث على الانتحار ، و أنه على العكس من العلاجات الأخرى التي تستغرق وقتاً حتى تؤتي ثمارها وخاصة العلاج النفسي يكون تأثير العلاج بالصدمات الكهربية مباشراً ، ومن هذه الناحية فإنه ينقذ أرواحاً .

عند فشل كل من العلاج النفسي والدوائي هناك صورة علاجية أخرى يمكن أن تؤخذ في الاعتبار وهي الجراحة النفسية التي تتضمن فنيات جراحية فيها يتم تدمير جزء صغير من المخ ، أو تغيير بعض المسارات العصبية في المخ بهدف تغيير سلوك الشخص .

وعلى الرغم من أن الجراحة النفسية كانت مصممة أصلاً للاستخدام مع مرضى الذهان ؛ إلا أن البحوث الاكلينيكية تبين أنها قد تكون شديدة الفاعلية مع مرضى الاكتئاب والاضطرابات القهرية ( بيرس ١٩٨٨ Perse ) .

وهناك دراسة تتبعية أجريت على ٢٦ مريضا ممن أجريت لهم جراحة نفسي بعد أن فشلوا في الاستجابة لكل أنواع العلاج الأخرى ، وقد تمت مقارنتهم مع مرضى الوسواس القهري ممن لم تجر لهم جراحة نفسية وقد بينت النتائج أن عشرة من المرضى الستة والعشرين تحسنوا بشكل واضح بعد إجراء الجراحة ببضع سنين ، وأن ستة آخرين بدا عليهم تحسن متوسط ولم يظهر أي تغير على حالة ستة آخرين ، وقد ازدادت حاة أربعة من المرضى سوء ( هاي و آخرون Hay et al ١٩٩٣ ) .

وهناك نتائج إيجابية وردت في دراسة ميتشل - هجز وآخرين ١٩٧٦ Mitchell Heggs et al – حيث وجد الباحثون أن ٢٤ مريضاً من ٢٧ مريض من المرضى الوسواسيين أي بنسبة ٨٩% تحسنوا خلال ستة عشر شهراً من إجراء الجراحة النفسية ، وقد تحرر سبعة منهم من الأعراض نهائياً ، وقد تحسن أحد عشر مريضاً إلى حد كبير ؛ وحيث أن متوسط مدة المرض قبل إجراء الجراحة النفسية كان ثلاث عشرة سنة في هذه الدراسة فإن معدلات التحسن لا ترجع إلى الشفاء التلقائي ( اولتمانز وآخرون ٢٠٠٠ )

وعلى الرغم من أننا لا يمكننا أن نتجاهل هذه النتائج إلا أننا ينبغي أن نفسرها بقدر كبير من الحذر أيضاً لعدة أسباب :-

*أولاً :-* يستحيل علينا أن نجري تقييماً للجراحة النفسية .

*ثانياً :-* أن الإجراءات الجراحية قد تباينت إلى حد كبير عبر الدراسات المختلفة مما يجعل الخروج بنتيجة عامة عن الجراحة النفسية محل شك .

*ثالثا* :- وربما كان الأهم هو أن الجراحة النفسية قد تؤدي إلى تغييرات عامة في قدرات المريض العقلية ، واستجاباته الوجدانية ، وهذه التغيرات غير قابلة للتنبؤ ، ولا يمكن فهمها بشكل جيد .

ويتفق معظم الباحثين أن تلك الإجراءات الجذرية ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار فقط حين تكون أعراض المريض مزمنة ، وباعثة على الاضطراب ، وحين تفشل البرامج العلاجية الأخرى بالفعل . ولا تزال الجراحة النفسية علاجاً مثيراً للجدل لأنها قد تؤدي إلى آثار سلبية غير قابلة للإصلاح irreversible .

## ***مغالطة العلاج – السببية Treatment – Etiology Fallacy***

ينبغي أن يكون كل المعالجين على وعي بهذه المغالطة ؛ إذ أن من السهل أن نقرر أن تخفيف العلاج للأعراض معناه أن سبب المشكلة قد زال وعلى الرغم من أن ذلك ينطبق على كل أنواع العلاج ، إلا أنه يكون واضحاً في الأساليب الطبية ؛ إذ أنه حتى لو كان العلاج بالعقاقير أو بالصدمات الكهربية أو بالجراحة النفسية فعالاً فإن ذلك لا يعني أن سبب المشكلة كان سبباً حيوياً كيميائياً .

ويلاحظ بعض الباحثين بالنسبة للنموذج الحيوي الطبي ما يلي :-

أولاً :- أنه نموذج اختزالي reductionistic model بمعنى أنه يختزل المرض النفسي والعقلي إلى عمليات بسيطة مثل وجود خلل في الخلايا أو خلل كيميائي ، ولا يعترف بدور العمليات النفسية و الاجتماعية .

ثانياً :- أنه نموذج وحيد العامل single factor model بمعنى أنه يفسر المرض من خلال اختلال وظيفة بيولوجية ، ولا يعترف بوجود عوامل عديدة متنوعة تكون مسئولة عن المرض ، وأن بعض تلك العوامل بيولوجي .

ثالثاً :- يتضمن هذا النموذج بوضوح افتراض يسمى ثنائية العقل والجسم mind – body dualism ومؤداه أن العقل والجسم كيانان منفصلان .

رابعاً :- يؤكد هذا النموذج على المرض أكثر من توكيده على الصحة بمعنى أنه يؤكد على العوامل التي تؤدي إلى المرض ، ولا يؤكد على العوامل التي تزيد من الصحة .

*المجمل : -*

باختصار يرى النموذج الحيوي الطبي أن المرض النفسي والعقلي يحدث نتيجة انعدام التوازن الجسمي ، ويقدم هذا النموذج ثلاثة أنواع من العلاج الحيوي هي العلاج الدوائي والعلاج بالصدمات الكهربية و الجراحة النفسية.

وعلى الرغم من توافر الدليل المتزايد الذي يدل على دور العوامل البيولوجية في نشأة الاضطرابات السيكاترية إلا أن الصفات التشريحية ليست قدراً مقدوراً على الانسان ، ولا بد لنا أن نفهم أنه على الرغم من أهمية العوامل البيولوجية في إحداث بعض الاضطرابات النفسية وفي علاجها ؛ إلا أن ذلك لا يجعلنا نتبنى اتجاه الحتمية البيولوجية المتطرفة .

وعلى الرغم من وجود بعض الباحثين الذين يؤكدون على دور العوامل البيئية في إحداث المرض النفسي توكيداً زائداً ؛ إلا أن معظم المنظرين والباحثين يعرفون أن المشكلات النفسية تنشأ من خلال التفاعل بين العوامل البيولوجية و العوامل البيئية .

والنموذج الحيوي الطبي هو حجر الأساس في مهنة الطب النفسي على الرغم من وجود بعض الافتراضات التي يشارك الأطباء النفسيون فيها متخصصوا الصحة النفسية مثل الأخصائيين النفسيين والمعالجين النفسيين فعلى الرغم من أنهم لا يتبنون اتجاهاً بيولوجياً صرفاً في فهم المرض النفسي إلا أنهم يتبنون الأسلوب الطبي فيما يتعلق بالممارسة العملية والحاجة إلى التشخيص لتحديد تصور مناسب لصورة العلاج التي يتم استخدامها كما أنهم يستخدمون الدليل التشخيصي و الاحصائي لمساعدتهم في فهم مشكلات العميل . ولكن نسق التصنيف السيكاتري ليس بمنأى عن النقد ؛ إذ أن هناك شكوكاً تدور حول صدقه وثباته ومدى اتفاق المتخصصين الكلينيكيين حول نوع الاضطراب الذي يعاني منه العميل وما الذي يتكون منه الاضطراب . وهناك من يرى أن الأسلوب الطبي في النظر إلى المشكلات النفسية له أهداف اجتماعية وسياسية خفية .

وهناك قضية تستحق الاهتمام في سياق الحديث عن العلاجات الطبية للمشكلات النفسية وهي حقيقة وجود وصمة اجتماعية يلحقها المجتمع بمن يعانون من المشكلات النفسية مما جعل بعض الناس يرون أنه من الأسهل لهم أن يعتبروا أنفسهم يعانون من مشكلات جسمية ويستسهلون الذهاب إلى الطبيب النفسي لتلقي العلاج البيولوجي بدلاً من الذهاب إلى المعالج النفسي.

*تذكر أن :-*

- يؤكد النموذج الحيوي الطبي أن المرض النفسي ينتج عن نواحي شذوذ بيولوجية أو اضطراب عصبي كيميائي في المخ .
- يتبنى النموذج الحيوي الطبي منظوراً طبياً لفهم المرض النفسي من خلال محاولة تصنيف الصور المختلفة من المرض النفسي ولعل أكثر أنظمة التصنيف شيوعاً هو الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ( D S M ) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي ( A P A ) .
- وعند استخدام الدليل التشخيصي والإحصائي DSM يتم تشخيص العميل وفقاً لخمسة محاور مختلفة ، أو مجالات للأداء هي : زملات الأعراض الكلينيكية وأنماط الشخصية الدائمة والحالات الطبية والمشكلات النفسية الاجتماعية والبيئية والتقويم العام الأداء .
- ويعتبر التصنيف السيكايري هوالأداة الرئيسية للبحث في النموذج الحيوي الطبي ، وهذا النموذج له تاريخ حافل بالبحوث التجريبية حيث يقوم الباحث بالاختيار العشوائي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من أجل اختبار مدى كفاءة العلاجات الجديدة .
- وهناك الكثير من البحوث التي تدعم فكرة أن النشاط البيولوجي يرتبط بالنشاط النفسي ، وأن نواحي الخلل البيوكيميائية ترتبط بالاضطرابات النفسية مثل الاكتئاب والقلق والفصام والاضطراب الثنائي القطب ولكن الرابطة السببية بين العوامل البيوكيميائية والمشكلات النفسية أقل وضوحاً.
- وهناك دليل بحثي تم الحصول عليه من دراسات التوائم يوحي بأنه ربما

كان هناك استعداد وراثي للإصابة بالاضطرابات النفسية لدى بعض الناس على الرغم من أن العلماء لا يعرفون بالضبط ماهي الجينات المسئولة عن الفصام والاضطرابات الأخرى .

- إن العلاجات القائمة على النموذج الحيوي الطبي هى في الغالب علاجات قائمة على العقاقير وهدفها استعادة التوازن العصبي الكيميائي في المخ ، ويبين الدليل البحثي أن العلاجات الدوائية يمكن أن تكون فعالة فقط في تخفيف حدة الأعراض ، ومساعدة المرضى في التغلب عليها ، ولكن

الأعراض قد تعود إذا توقف المريض عن تناول الدواء ، كما أن المشكلات الكامنة وراء الأعراض لا يتم حلها.

- هنـاك علاجـات أخـرى تتـضمن العـلاج بالـصدمات الكهربيـة والجراحـة النفسية وهي علاجات محل جدل ونقاش وهـي أقل شيوعاً من العلاجات الدوائية اليوم .

# الفصل الثالث

## الأساليب التحليلية والسيكودينامية Psychoanalytic and Psychodynamic Approaches

تشير الديناميات النفسية Psychodynamics إلى العوامل السببية في الحياة النفسية ، وقد شاع هذا الاصطلاح إبان الحرب العالمية الثانية وسرعان ما تم استخدامه في علم النفس استخداماً واسعاً ، وفي عام ١٩٤٩ احتل الاصطلاح مكاناً في قاموس وبستر الجامعي .

وتكمن جذور هذا الاصطلاح في النظرية الفرويدية ؛ لذا فهو يشير إلى التفاعل المتبادل بين القوى الكامنة التي تؤثر على السلوك بأوسع معانيه وتشمل شبكة تأثير تلك القوى الإدراك والتفكير والمشاعر والأفعال ، وحين نفحص تلك القوى فحصاً دقيقاً يمكننا من أن نفهم السلوك المصاحب لها فهماً مكتملاً ، ولكن هذا الفحص الدقيق أمر صعب لأن العمليات النفسية تحدث على المستوى اللاشعوري في الغالب ، وليس في مقدورنا إلا أن نستدل على وجودها فقط ( جيرالد س. بلوم ١٩٩٥ ص ٢٣ – ٢٤ )

إن الافتراض الكامن وراء النموذج السيكودينامي هو أن المشكلات النفسية تكمن أسبابها داخل الشخص ، وبدلاً من التوكيد على الأسباب البيولوجية يؤكد الأسلوب السيكودينامي على الأسباب النفسية ، وهو في هذا الصدد يتماثل مع النماذج الإنسانية Humanistic والمعرفية Cognitive والسلوكية Behavioral . ويعتبر النموذج السيكودينامي أقدم وأشهر النماذج السيكولوجية ، ويعتقد أصحابه أن القوى الدينامية اللاشعورية unconscious dynamic forces تحدد السلوك إلى حد كبير وأن المرض النفسي يحدث نتيجة الصراع conflict بين تلك القوى وهم يعتقدون أن تلك الصراعات تكمن جذورها في خبرات الحياة الباكرة والعلاقة بين الطفل ومن يعتني به caregivers في السنوات الأولى من الحياة ، وفي مسح إحصائي لعلماء النفس وجد الباحثون أن حوالي ٢٠% من العلماء النفسيين يصفون أنفسهم بأنهم سيكوديناميين ( نوركروس وآخرون ١٩٩٣ Norcross et al ) .

ويعتبر سيجموند فرويد Sigmund Freud أبا الأسلوب السيكودينامي وقد تمكن من أن يبين لنا أن وراء فوضى المرض النفسي معنى ونمط يمكن فهمه .

***الخلفية التاريخية :-***

لقد حاول فرويد حل المشكلات الجوهرية في علم النفس على أساس سيكولوجي بحت واستند في محاولته على سبعة اتجاهات كانت تسود فكر القرن التاسع عشر وهي :-

١. الإيحاء التنويمي .
٢. رمزية الأحلام وطرق تأويلها وتفسيرها .
٣. علم الأساطير .
٤. الاعتقاد بوجود ميراث عقلي فطري قديم .
٥. علم الجنس .
٦. سيكولوجيا اللاشعور .
٧. المذهب الإرادي الحيوي وفلسفة اللاشعور .

وقد شدت هذه الاتجاهات الفكرية انتباه فرويد واستحوزت على اهتمامه حيث تبين له أن الجانب الأكبر من الحياة العقلية للإنسان يقع فيما وراء الإدراك الشعوري للذات ، ونظراً لعدم توافر قدر كاف من المعلومات الفسيولوجية عن النصفين الكرويين للدماغ لتفسير هذا النشاط اللاشعوري فقد وجد نفسه مضطراً إلى البحث عن الإجابات أينما يتسنى له .

وحين كان فرويد طالباً يدرس الطب شهد عرضاً عاماً للتنويم والإيحاء التنويمي أقامه هانزن المنوم المغناطيسي الأشهر في القرن التاسع عشر وقد خلف هذا العرض في نفس فرويد أثراً عميقاً ، واقتنع اقتناعاً جازماً بأصالة ظاهرة التنويم المغناطيسي على الرغم مما كان شائعاً بين أساتذة الطب العقلي من أن التنويم المغناطيسي خداع وتحايل خطير . وقد اطلع فرويد على الإيحاء التنويمي على النحو الذي قدمه بيرنهايم وليبولت وآخرون ، وقد وجد فيما اطلع عليه دليلاً على أن الذكريات اللاشعورية أمر موجود فعلاً ، وأن النشاط العقلي البشري ككل هو نشاط لاشعوري في جانبه الأكبر ، أما الجانب الشعوري منه فلا يتعدى جزءاً صغيراً فهو يشبه جبل الثلج الذي يختفي الجزء الأكبر منه تحت سطح مياه المحيط .

وقد وجد فرويد في الإيحاء التنويمي برهاناً شافياً على أهمية النشاط العقلي اللاشعوري واتساعه ، وقد رجع إلى اتجاه فكري هو تفسير الأحلام في ضوء

تأويل رموزها ، وقد تيسر له ذلك من خلال الاطلاع على كتب الأحلام الشائعة وخاصة نظريات عدد من الكتاب مثل سكيرنر ورادستوك وشوبرت وأرتميدورس ، وقد أقنعت هذه الكتب فرويد بأمرين أولهما أن هناك نشاطاً خيالياً رامزاً يظل هو القوة الأساسية في كل حلم ، وثانيهما أن على المرء أن يبحث جدياً عما إذا كانت أكثر هذه الرموز لها معنى ثابت دائماً .

وقد رأى فرويد في رموز الأحلام ومعانيها النمطية مسألة حاسمة وشرع على الفور في القيام بالأبحاث الضرورية في هذا الشأن ، وقد قادته هذه الأبحاث إلى الفلكلور والأساطير والخرافات والحكم والأمثال والطرائف الشعبية السائدة ، وقد لجأ إلى علم الأساطير يلتمس فيه العون فاطلع على مصادر بعينها مثل كتاب فريزر " الغصن الذهبي" وكتاب راينيخ " الشعائر والأساطير والأديان " وكتاب ماكس موللر " إسهامات لعلم الأساطير " وقد خلص فرويد من دراساته إلى أن الرمزية لا تتعلق بالأحلام خاصة بل بالخيال اللاشعوري وخاصة لاشعور الشعب والفلكلور والأساطير والخرافات والحكم والأمثال وطرائف الشعوب وتكون فيها أكثر تطوراً مما هي عليه في الأحلام . ولكن ذلك لم يكن إجابة على السؤال الخاص بالمعاني الثابتة الراسخة للرموز ؛ وإنما كان توسعة فقط لمدى الرموز العقلية اللاشعورية إلى ما وراء حدود الأحلام .

وأخيراً اهتدى فرويد إلى ضالته في كتاب وصفي تأملي خالص هو كتاب جوستاف لوبون "سيكولوجيا الجماهير ١٨٩٥ حيث قرر لوبون أن ما يميز الناس هو خاصية واحدة فقط تتمثل في وجود بناء عقلي فوقي مكتسب يرتكز على بناء تحتي لاشعوري موروث و موحد لدى جميع الناس ، وهذا البناء التحتي اللاشعوري موجود في صورة لاشعور سلالي أو ميراث عقلي فطري قديم يتألف من ذكريات قبلية و دوافع و حوافز و غرائز ، وهذا الميراث هو الذي يوجه أفكارنا وسلوكنا ، ويمدنا بحوافز خفية عميقة لأفكارنا و وجداناتنا قولاً وعملاً ؛ ومن ثم كانت خطوته التالية هي القيام بدراسة شاملة للرموز النمطية الواردة في الأحلام و الأساطير ، وقد شرع فرويد في تحليل مرضاه مستعيناً بهذا المفتاح لحل طلاسم اللاشعور الخافية ، وتوسل لهذا باللغة الرمزية التي يروي بها المرضى أحلامهم ، وبالتداعي الطليق حول هذه الرموز ، وقد وجد أن عقولهم اللاشعورية تطفح بدوافع جنسية خفية وبالعديد من الغرائز و الحوافز وأنماط السلوك الموروثة منذ العصور الأولى للتاريخ . ولكن أهم مشكلة واجهت فرويد وظلت تنتظر الحل هي كيف يتأتى للذكريات والدوافع والحوافز الجنسية

أن تكون لها الغلبة على الحياة اللاشعورية ؟ ولماذا تكشف عن نفسها متنكرة وراء قناع من لغة الأحلام والأساطير الرمزية ؟

ولقد استعان فرويد على حل هذه المشكلة بما كان ذائعاً آنذاك في ألمانيا والنمسا ١٨٩٦ عن سيكولوجيا اللاشعور التي طورها هيربارت وفخنر وروج لها جريزنجر . ولقد كان هيربارت ( ١٧٧٦ – ١٨٤١ ) أرسخ علماء النفس في ألمانيا وأقواهم نفوذاً في النصف الأول من القرن التاسع عشر ، وقد قدم نهجاً جديداً لدراسة العقل قوامه أن الأفكار اللاشعورية المشحونة بطاقة طاغية هي التي تسود الحياة العقلية ، وقد ذهب إلى أن العقل مسرح يدور فوقه صراع لا ينتهي بين العديد من الأفكار المشحونة المتباينة حيث يلعب القمع أو الكبت الدور الرئيس فالفكرة مصيرها القمع أو الكبت إذا ما أعاقها عن الوصول إلى الشعور فكرة ذات شحنة أعلى ، أو عندما تدفعها خارج الشعور فكرة أقوى ، ويرى هربارت أن الأفكار اللاشعورية المشحونة في حالة ثورة دائمة ضد الأفكار الشعورية وأن هذا الصراع الضاري هو الذي يعطي الحياة العقلية ديناميتها وأن الأفكار اللاشعورية المشحونة قادرة على إحداث آثار غير مباشرة . وهكذا قبل اكتشاف فرويد للتحليل النفسي بما يقرب من سبعين عاماً قدم هيربارت صورة تقريبية للاشعور ومخططاً أولياً موجزاً لنظرية الكبت .

أما المذهب الإرادي الحيوي فيقدم اللاشعور والدوافع البيولوجية والحوافز والرغبات والانفعالات والحدس والغرائز والإرادة والنشاط العملي المباشر باعتبارها أهم قسمات العقل البشري ( هاري ويلز ١٩٧٥ ص ٨٧ – ٩٤ )

***سيجموند فرويد والنموذج السيكودينامي :-***

لقد قدم فرويد ( ١٨٥٦ – ١٩٣٩ ) النموذج السيكودينامي في فيينا كوسيلة لتفسير الهستيريا Hysteria وهي حالة مرضية يشعر فيها الفرد بأعراض جسمية دون وجود سبب عضوي لها مثل شخص لا يستطيع فجأة أن يسمع أو يرى بلا سبب جسمي لتلك الأعراض ، وفي هذه الحالة يقول فرويد إن السبب نفسي فربما كان الشخص يحاول أن يمنع إدراك شيء يبعث على الضيق والألم ولا يستطيع الشخص مواجهته أو الاعتراف به .

ويعتبر فرويد واحداً من المفكرين المؤثرين تاريخياً فقد غيرت أفكاره طريقة التفكير في الطبيعة البشرية ، وليس معنى ذلك أن كل الناس توافق على أفكاره

وقد قدم بعض المنظرين في المائة عام الماضية إعادة صياغة للنموذج السيكودينامي ورفضه آخرون وممن رفضوا التحليل النفسي سذرلاند ١٩٩٨ Sutherland وقد كتب " على الفرد أن يسأل ما هو موقف النظرية الفرويدية

والممارسة التحليلية اليوم ؛ إذ لابد من أن نفصل بينهما فقد تكون نظريات فرويد عن الدوافع الإنسانية ، وعن نمو الشخصية صحيحة ، وفي نفس الوقت تكون الممارسة العلاجية لا قيمة لها ، ومن الممكن أن تكون النظريات لغواً فارغاً وفي نفس الوقت يكون العلاج مفيداً ؛ فالعصابيون قد يمكن مساعدتهم عن طريق تقديم تفسيرات أسطورية عن أصول مشاعرهم و أفعالهم ( سذرلاند ١٩٩٨ Sutherland ص١٣٩)

لقد درس فرويد التنويم المغناطيسي عام ١٨٨٥ في باريس مع عالم الأعصاب neurologist جان شاركو Jean Charcot ثم عاد إلى فيينا للعمل مع جوزيف بروير Josef Breuer (١٨٤٢ – ١٩٢٥ ) وقد كان بروير في ذلك الوقت يجري تجارب على التنويم المغناطيسي وما كان يسمى في ذلك الوقت المرض الهستيري أي الشكاوى الجسمية التي تبدو بلا سبب بيولوجي ، وفي واحدة من أشهر الدراسات في تاريخ علم النفس كان بروير يعالج امرأة أطلق عليها اسم " أنا أو Anna O " وهي شابة متعلمة كانت تعاني من مجموعة متنوعة من الأعراض تضمنت الضعف الجسمي والشلل والصمم . شعرت " أنا أو " بالمرض أثناء عنايتها بوالدها الذي كان شديد المرض ، ومع الوقت نمت لديها شخصية مزدوجة dual personality إحداهما تتحدث الألمانية والأخرى تتحدث الإنجليزية وكانت تصاب بحالة تنويمية hypnotic trance فيها كانت الأعراض تختفي وكانت تتحدث عن خبرات ماضية صادمة ، وتعبر عن انفعالات قوية ، وهو أمر كان بروير يرى أن له تأثيراً علاجياً يساعد في تعافيها وقد كان ذلك هو الكشف المهم الذي قام به بروير وهو أن الأعراض الجسمية يمكن إزالتها من خلال التعبير اللفظي verbal expression عن المشاعر والأفكار ، ومن أمثلة ذلك أن المريضة كانت تعاني من صعوبة في ابتلاع الماء وهو عرض زال بعد أن حكت لبروير عن شعورها بالاشمئزاز عندما رأت كلباً يشرب الماء من كوب زجاجي .

وقد أطلقت " أنا أو " على هذه الطريقة في العلاج اسم العلاج الكلامي Talking Cure وقد أصبحت وقد سميت باسم طريقة التطهير Cathartic Method

وهو اصطلاح مشتق من الكلمة الاغريقية Catharsis والتي تعني التنظيف والتخلص من الأشياء غير المرغوبة .

وقد لاحظ بروير و فرويد من هذه الحالة أن المشكلات النفسية لها معنى تحدده مبادئ السبب والنتيجة ، وقد استمر بروير و فرويد في دراسة عدد من الحالات الأخرى وافترضا أن الأمراض الهستيرية سببها صراعات نفسية تقع خارج مجال الوعي الشعوري وتكمن جذورها في الخبرات الصادمة التي تكون في الغالب ذات طبيعة جنسية ، ومن خلال إخراج تلك الصراعات إلى حيز الوعي الشعوري تتضاءل الأعراض الهستيرية وتضمحل .

وعلى الرغم من اختلاف بروير و فرويد بعد ذلك حول هذه الأفكار إلا أنها قدمت حجر الأساس لعمل فرويد التالي ، وقد استمر فرويد بعد ذلك في استكشاف طبيعة العقل اللاشعوري و دور الخبرات الباكرة . ومن خلال عمل فرويد مع بروير اهتم بالتنويم المغناطيسي في البداية واعتبره وسيلة من خلالها يستطيع المرضى استدعاء الذكريات الصادمة المنسية ثم تخلى فرويد عن التنويم المغناطيسي كوسيلة علاجية على الرغم من استمراره في جعل المرضى يستلقون على أريكة وقد حاول تنمية وسائل أخرى لإنجاز هذه المهمة .

لقد اكتشف فرويد أن الناس يقاومون بشكل إيجابي فعال تذكر الأحداث الماضية الصادمة وغير السارة ؛ إنهم يكبتون ذكرياتهم . وفي عام ١٨٩٦ استخدم فريد لأول مرة اصطلاح التحليل النفسي Psychoanalysis لوصف أساليبه في التعامل مع المرضى ، وفي عام ١٩٠٠ نشر فرويد أشهر أعماله وهو كتاب تفسير الأحلام The Interpretation of Dreams ثم تبعه في العام التالي كتاب علم النفس المرضي في الحياة اليومية The Psychopathology of Everyday Life وقد تابع فرويد نشر منهج التحليل النفسي حتى آخر كتبه وهوالمجمل في التحليل النفسي An Outline of Psychoanalysis الذي نشر عام ١٩٤٠ . ومن ثم يعتبر فرويد صاحب أول نظرية نفسية في السلوك المرضي وهي نظرية وجهت الانتباه إلى دور خبرات الطفولة الباكرة والقوى النفسية اللاشعورية داخل الانسان ، وقد شكل التحليل النفسي تحولا دراميا من العلاجات البيولوجية التي كانت سائدة في ذلك الوقت ، ويرى فرويد أنه يوجد في داخل اللاشعور عناصر غريزية instinctual elements غيرمسموح لها بدخول العقل الشعوري ، مع مواد أخرى خضعت للرقابة censorship أو الكبت repression ولكنها تؤثر في الشعور بشكل غير مباشر . لقد ميز فرويد

بين الشعور Conscious وبين القبشعور Preconscious وبين اللاشعور Unconscious فالشعور هو ما نعي به في آية لحظة وهو صفة تميز الإدراكات الداخلية والخارجية من بين مجموع الظواهر النفسية ، والقبشعور هو المادة التي لا نعي بها ولكنها قابلة لدخول الشعور من خلال الاستبطان ، أما اللاشعور فيشير إلى النشاط النفسي أو العمليات العقلية التي لايفطن إليها صاحبها ولا يعرف عنها شيئاً ومن ثم فإن أعظم إنجازات فرويد من وجهة نظر بعض أتباعه (جونز ١٩٥٣ Jones) هو التمييز بين نمطين أساسيين من التفكير وهما .

أ- العملية الأولية Primary Process .

ب – العملية الثانوية Secondary Process .

والعملية الأولية هي نمط بدائي من التفكير وهو يميز اللاشعور ويتبدى بشكل واضح في الأحلام ، ولكنه يوجد أيضاً بشكل خفي في حياة اليقظة ويتضح نشاط العملية الأولية في أفكار المرضى العقليين ، والناس العاديين الواقعين تحت تأثير عقاقير معينة فهي أفكار توجهها الرغبة في إشباع الحفزات إشباعاً مباشراً دون أي اعتبار للمنطق أو الأخلاق أو الزمن أو روابط السببية أو متطلبات الواقع الخارجي ، ويخضع التفكير عند هذا المستوى لمبدأ اللذة pleasure principle أي البحث عن اللذة وتجنب الألم ، ولا مكان للشك وعدم اليقين والتناقض في العمليات الأولية ، وتكون طاقة الأفكار داخل اللاشعور هائمة حرة طليقة ، مما يجعل الأفكار تتكثف بسهولة وتحل محل بعضها البعض ، والطاقة في اللاشعور تتبع سبيل التفريغ المباشر ، فإذا أعيق تفريغ الأفكار تفريغاً مباشراً يبحث الفرد عن الإشباع غير المباشر من خلال الرجوع إلى ذكرى مواقف سابقة مماثلة للإشباع ، أو من خلال الإشباع الهلوسي للرغبة .

أما العملية الثانوية فهي النمط الذي يميز التفكير القبشعوري والشعوري وفي الطفولة تبدأ العمليات الثانوية في النمو متأخراً عن العمليات الأولية ولأنها تتطلب الكلام واستخدام الرموز فإن تفكير الفرد يميل إلى أن يصبح منطقياً ومترابطاً ومنظماً كما تتفوق الكلمات على الصور ، ويتم تقييد الطاقة النفسية حتى يمكن توجيه الأفكار ، ويمكن للفرد أن يتصور الأحداث المستقبلية بصرياً ويتعامل معها بشكل رمزي ، وتسمح القدرة على التمييز بين المثيرات البيئية الخارجية والداخلية لمبدأ الواقع reality principle أن يعمل ، ومبدأ الواقع هو القدرة على تنظيم السلوك وضبطه وفقاً لمتطلبات العالم الخارجي ، ويؤدي التنبؤ بالتغيرات المحتملة في البيئة وبنتائج الأفعال إلى القدرة على تأجيل الإشباع عن

طريق التخلي عن الإشباع المباشر من أجل تخطيط الفعل بشكل أكثر توافقاً على المدى الطويل .

## *القوى الجنسية والعدوانية* ***Sexual and Aggressive Forces***

يواجه الجسم البشري احتياجات فسيولوجية عديدة تتضمن الجوع و العطش والتنفس والإخراج ، وتؤدي التغيرات الجسمية المصاحبة لهذه الحاجات إلى أفعال معينة هدفها تخفيض الحاجة .

ولقد ميز فرويد بين قوتين دافعتين هما الجنس والعدوان ، وهما دفعتان قويتان لدى البشر جميعاً تعملان بأسلوب معقد وإذا لم يتم إشباعهما في صورتهما الأصلية فإنهما تعملان على التنكر و الانتقال إلى موضوعات جديدة ، وقد يتم طردهما إلى اللاشعور .

وتتميز كل الدوافع بأن لها :-

*أ – مصدر* **Source** .

*ب – شدة* ***Intensity*** .

*ج – هدف* ***Aim*** .

*د – موضوع* ***Object*** .

وقد وصف فرويد مصدر الدافع بأنه حالة من الاستثارة داخل الجسم . وعلى الرغم من أن القوى الجنسية لها مصدر فسيولوجي ؛ إلا أن فرويد فسرها بشكل واسع على أنها تشمل ما هو أكثر من النشاط التناسلي فقد أدرج المتع الجسمية الأخرى المرتبطة بحركات الفم واستجابات الحب والحنان ضمن الفئة الجنسية .

أما العدوان فيمكن إرجاع مصدره إلى الإحباط الشخصي وإذا لم يستطع الشخص أن يتحمل الإحباط في موقف معين فإن التوتر المتراكم يمكن أن يؤدي إلى انفجار العدوان .

وتشير قوة أو شدة الحفزة إلى كمية الطاقة التي تحتويها وحيث أنه لا توجد طريقة مباشرة لقياس الطاقة النفسية فإن مقدارها يمكن تقييمه بشكل غير مباشر عن طريق معرفة عدد العوائق والعقبات التي تستطيع الدفعة أن تتغلب عليها لتحقيق الإشباع وأنواعها . إن هدف الحفزة الغريزية هو الإشباع وهو يعني تخفيض الاستثارة الأصلية وتفريغ الطاقة المكبوتة مما يؤدي إلى تبديد التوتر واستعادة حالة التوازن البدنية ، ويتضمن التوازن البدني homeostasis مبل

الكائن الحي إلى الحفاظ على نفسه عند مستوى ثابت نسبياً عن طريق ميكانيزماته المنظمة لذلك .

ووفقاً لفرويد فإن موضوع الحفزة الغريزية هو أداة يتم بها تحقيق الهدف ، وقد يكون الموضوع أشخاصاً آخرين ، أو الشخص نفسه ، أو أي شيء آخر في البيئة وموضوعات الحفزات الغريزية تكون عامة ، ولكنها تنمو من خلال الخبرة الشخصية ، ويمكن للظروف أن تعدلها .

## الهو والأنا والأنا الأعلى Id, Ego and Superego

اعتقد فرويد أن الشخصية البشرية مكونة من ثلاثة أبنية هي الهو والأنا والأنا الأعلى وأن السلوك هو ناتج التفاعل بينهما .

والهو Id هو ذلك الجزء من الشخصية الذي نولد به وهو مصدر الطاقة النفسية ووعاء الأفكار اللاشعورية وهو يتكون من الدفعات البيولوجية والغريزية الأساسية نحو الطعام والدفء والأخراج والجنس والدفعات اللاشعورية وعلى حسب قول فرويد " يمثل الهو الشهوات غير المروضة وهو أتون caldron الاستثارة الملتهبه seething excitement (فرويد١٩٣٣ Freud ص١٠٣-١٠٤ ) .

والهو ينقسم إلى غريزتين أساسيتين هما غريزة الحياة وقد أسماها فرويد إيروس Eros (الحب ) وغريزة الموت وتسمى ثاناتوس Thanatos . وقد أهتم فرويد بالحب بصفة أساسيه واعتبر أن قوته الدافعة نحو الحياة تتكون من طاقة جنسية وقد اسماها فرويد الليبيدو .

ويسعى الهو إلى الإشباع المباشر immediate gratification وهو يعمل وفق مبدأ اللذه أي أنه يسعى إلى الإشباع دوماً ويتحقق الاشباع من خلال النشاط الانعكاسي مثلما يحدث عندما يتلقى الطفل الوليد اللبن من ثدي الأم ولكن إذا لم يتحقق الاشباع يحصل عليه الفرد من خلال توليد تخييلات fantasies للشيء المرغوب ( أي توليد صوره image أو ذكرىmemory للشيء المرغوب من خلال العملية الأولية للتفكير . ويسمى إشباع دفعات الهو من خلال العملية الأولية بأنه تحقيق الرغبة wish fulfillment ونشاط الهو غير قابل للتنبؤ ولا يمكن ملاحظته مباشرة ولكن يمكن الاستدلال عليه فقط من خلال الأحلام والهفوات وهذاءات المرضى العقليين .

والأنا Ego هو التكوين العقلي المسئول عن إبقاء الهو مطموراً في اللاشعور وهو الذي يسوي الخلافات بين حاجات الفرد الداخلية وبين الواقع الخارجي والأنا هو القسم التنفيذي من الشخصية ويتضمن نشاطه الإدراك والتفكير الواعي والذاكرة والتعلم والاختيار والمفاضلة والحكم والفعل واكتشاف التهديدات الصادرة من البيئة والتعامل معها واكتشاف الحفزات اللاشعورية الخطرة والتعامل معها .

ويقع الأنا في ما قبل الشعور وفي الوعي الشعوري وهو يبدأ في النمو من الهو عند سن سته شهور من الميلاد حين يدرك الطفل أنه ليس كل حاجاته الغريزية يتم اشباعها وأن الأم ليست موجودة دوماً لإمداده بما يحتاجه ، ومن ثم فإن جزءاً من الهو يتمايز عنه إلى الأنا ويسعى أيضاً للإشباع ، وعلى أيه حال فإن وظيفة الأنا هي مواجهة الواقع من خلال العملية الثانوية الخاصة بالتخطيط planning واتخاذ القرار decision making ويعمل الأنا على أساس مبدأ الواقع reality principle والأنا يخدم سيدين هما الهو والعالم الواقعي ولكن عليه أن يحسب حساب قوة ثالثة هي الأنا الأعلى .

والأنا الأعلى هو قسم من أقسام الشخصية يهتم بالمعايير الاجتماعية والأخلاقية Social and moral standards وهو يتكون من استدماج introjection اتجاهات من يهتم بالطفل وهو يعمل على المستويين اللاشعوري والقبشعوري . وينمو الأنا الأعلى من الأنا وينقسم إلى قسمين أولهما الضمير وهو المظهر العقابي من مظاهر الأنا الأعلى وهو يتضمن نقد الذات وضروب الكف ومشاعر الذنب وهو الذي يذكرنا بأن أفكاراً ومشاعراً وسلوكيات معينة صواب أو خطأ . حسنة أم سيئة .

وثانيهما الأنا المثالي Ego Ideal وهو المظهر الموجب غير العقابي من الأنا الأعلى وهو يندمج في وضع الأهداف والطموحات وهو يتكون من كل القيم المكتسبة acquired values وصورة لنوع الشخص الذي نناضل لكي نكون مثله ، والأنا المثالي يكافيء السلوك الأخلاقي أو المثالي بمشاعر الفخر feelings of pride وهكذا فقد رأى فرويد المرض النفسي على أنه ناتج عن الصراع النفسي الداخلي intrapsychic conflict بين أجزاء الشخصية المختلفة .

وقد تصور فرويد الشخصية على أنها نظام مغلق للطاقة closed energy system أن أجزاء الشخصية الثلاثة تتصارع على نصيبها من طاقة الهو

وكلما زادت الطاقة التي ينفقها الأنا في كبح جماح حفزات الهو غير المقبولة كلما قل ما تبقى له من طاقة لتنفيذ وظائفه الأخرى وبالمثل كلما زاد استثمار الليبيدو في ذات الشخص كلما زاد احتمال أن يتمكن الفرد من إقامة علاقات ذات كفاءة مع الآخرين وذلك لأن تلك العلاقات تستخدم طاقة الليبيدو كما أن إزالة عرض نفسي دون علاج سببه الكامن يمكن أن يؤدي إلى حلول عرض آخر مختلف بشكل مفاجيء وذلك لأن الطاقة النفسية تتحول من العرض الأصلي إلى العرض البديل .

وقد امتد هذا التفسير الاقتصادي للقوى اللاشعورية إلى مجال الأعراض الجسمية فإن الأفراد الذين استنفذت طاقتهم النفسية في النضال والصراع بين القوى الداخلية قد يبدو عليهم التعب والاجهاد دون أساس فيزيقي واضح . وعلى الرغم من أن الطاقة النفسية لا تعادل الطاقة الجسمية في نظرية فرويد إلا أن ذبول الطاقة النفسيه ونفاذها يمكن أن يغير من المدد المتاح من الطاقة الجسمية بشكل ملحوظ .

وحين نستخدم اصطلاح الديناميات النفسية اليوم فإننا نشير إلى التفاعل interplay بين هذه القوى وقد اعتقد فرويد أن الصراع موجود دائماً بين هذه القوى وحين يحدث التوازن بين هذه القوى الغريزية يكون الفرد صحيحاً من الوجهه النفسيه ويذكرنا ذلك بنظرية الأخلاط humeral theory لدى أبقراط . وحين تسعى حفزات الهو للاشباع لا يستطيع الأنا أن يسمح لها بأن تطفو إلى سطح الشعور ويشعر الأنا بالقلق الشديد ، والأنا الأعلى بدوره يحاول أن يسيطر على حفزات الهو من خلال غمر الشخصية بمشاعر الذنب guilt feelings .

## ***النمو النفسي الجنسي Psychosexual development***

رأى فرويد أن الشخصية تتكون خلال أربع مراحل منفصلة من النمو النفسجنسي ففي العام الأول من العمر يكون الطفل حديث الولادة ولا يكون لديه أنا حيث أن الأنا يتمايز تحت تأثير البيئة الخارجية فقط والطفل الرضيع لا يعي بوجود العالم الخارجي ولكن خبرته تتكون من خلال التغيرات التي تحدث في التوترات الجسمية التي يشعر بها كأحاسيس اللذة والألم ويكون الميل الأول لديه هو أن يتخلص من هذه التوترات وحين يتم له ذلك من خلال الطعام أو الدفء أو الراحه يعود إلى النوم وعند هذه المرحلة يتماشى الاسترخاء مع فقدان الوعي .

ويبدأ الأنا في العمل عندما يتحقق الطفل لأول مرة في حياته أنه ينبغي له أن يفعل العالم الخارجي شيئاً لكي يخفض من توتراته وعندئذ يشتاق الطفل للاشخاص

والأشياء التي تشبع احتياجاته و هذا الشوق هو حالة من الجوع للمثير وتنمو عملية التفرقة بين الذات والبيئة من خلال خبرات الاشباع والحرمان فإذا اشبعت حاجات الطفل بشكل دائم فإنه يستمر في التفكير من خلال الذات فقط ويتطلب الأمر بعض الحرمان لتحفيز حدوث تلك التفرقه .ومن ناحية أخرى فإن الكثير **من الحرمان يعوق نمو الأنا أيضاً لأن من الضروري أن يتوافر للطفل قدر معين من الأشباع .**

**ومن الوجهة النظرية فإن النسبة الأمثل لذلك هي وجود قدر كبير من التدليل متحداً مع قدر أقل منه من الحرمان ومن المفترض أن ادراكات الطفل للعالم تقوم** على نظرة مفرطة في التبسيط أي أن العالم إما أنه مشبع أو أنه مهدد . ومن الناحية البصرية لايتمكن الطفل من تمييز الأشياء بشكل دقيق كما أن الصور كبيرة وغير دقيقة وحيث أن التغيرات في اتجاه الجسم تصاحب ذلك الإدراك البدائي للاشياء ؛ فإن الحركة والادراك لا يمكن فصلهما عن بعضهما وتتداخل إدراكات أعضاء الحس المختلفة مع بعضها البعض بشكل حتمي .

إن أول منظم لتقدير الذات self - esteem لدى الطفل هو حصوله على الأشباع من الخارج وحين تحبط البيئه دوافع الطفل فإنه يفقد اعتباره لذاته ، وحين يشتاق الطفل إلى إزالة المثيرات الباعثة على الاضطراب ويتبع ذلك تخفيض التوتر يستعيد الطفل تقديره لذاته ؛ بل وينتج عن ذلك الشعور بالقدرة المطلقة حيث يبدو للطفل أن رغباته تتحقق سحرياً وبعد ذلك مع نمو الطفل ونضجه تقوده إمكاناته العقلية النامية إلى الاهتمام فقط بالتدليل أو الحرمان ويحل مبدأ الواقع تدريجياً محل مبدأ اللذه ويصبح الطفل واعياً بالتغيرات المحتمله في بيئته ويستطيع أن يتنبأ بالأحداث المستقبلية ، وحين يعرف الطفل أن بإمكانه أن يتوقع حدوث استجابات معينه من والديه نتيجة سلوكه المميز فإنه ينظم أفعاله ويرتبها وفقاً لذلك .

ولا يمضي وقت طويل على خداع الطفل لنفسه بوهم القدرة المطلقه حتّى يشارك في القدرة المطلقه المزعومة التي ينسبها إلى الآخرين البالغين في عالمه ويصبح تقدير الذات لديه متوقفاً على رموز الحب والود منهم وفي المرحله الأولى من النمو( المرحله الفميه oral stage) تكون المنطقة الشهوية الرئيسة principal erogenous zone هى الفم ويستمد الطفل معظم اشباع حفزات الهو من خلال المص sucking والتغّذية feeding حيث يكتشف الطفل أن استثارة الفم

والشفتين يمكنهما أن تشبعه حتى دون طعام لذا فإنه يمص أصبعه لكي يحصل على الاستثارة اللاذة للاعصاب التذوقية في فمه .

وبالإضافة إلى الاستثارة الذاتية اللاذة يوجد هدف آخر في المرحلة الفمية وهو أن يبتلع الطفل ويستدخل معطيات العالم الخارجي . لقد افترض فرويد أن الطفل يرى الراشدين على أنهم مصدر الطعام ولذلك فهو يتوهم تخيلياً أنه يبتلع تلك المصادر وبذلك يجعلها جزءاً من نفسه . ومن المفترض أن رغبة الطفل في استدخال مصادر الطعام تصاحبها المخاوف الفمية مثل خوف الطفل من أن يؤكل .

وحين تظهر الأسنان فيما بعد يوجد هدف آخر يعبر عنه الطفل فإن الطفل الذي يحبط عادة فيما يتعلق بالتغذية يحاول الانتقام من خلال العض ، وعلى الرغم من شوق الطفل إلى أن يتحد مع مصدر الطعام اتحاداً ممتعاً إلا أنه في لحظات الإحباط قد يرغب الطفل في تدمير مصدر الطعام وتؤدي هذه الرغبة الفمية الساديةoral sadistic في إلحاق الأذى بالآخرين أو تدميرهم إلى حدوث تعقيدات في العلاقات بين الشخصية حيث تصبح الأم مثلاً موضوعاً لاتجاهات الحب والعدوان ويسمى تعايش هذه المشاعر المتناقضة نحو شخص ما بالتناقض الوجداني ambivalence ويفترض أنه خاصية تميز العلاقات مع الآخرين منذ المهد وما بعده .

وبعد مرحلة الرضاعة تحدث مجموعة من التطورات النفسية التي تتوازى مع الإنجازات الحركية مثل المشي والكلام والسيطرة على العضلات العاصره وتدعم زيادة الاستقلال عن الآخرين مثل تحول الطفل من السيطرة السلبية ( سيطرة التلقي السلبي passive-receptive mastry ) إلى السيطرة الايجابية active mastry حيث تحل الأفعال الايجابية تدريجياً محل استجابات التفريغ البسيطة ، ويساعد نمو الحكم على حدوث هذه العملية من خلال تشجيع الطفل على إرجاء الإشباع حين يواجه عقبات واقعية مما يزيد من قدرة الطفل على تحمل التوتر ، ويسمح اكتساب الكلام للأنا بأن يخطط للأحداث باستخدام الكلمات كما أن القدرة المكتسبة حديثاً على التعبير عن الأفكار بالكلمات تجعل الأنا أكثر قدرة على التعامل مع العالم الخارجي ومع دفعات الهو وعند هذه المرحلة ينشأ لدى الطفل اعتقاد سحري بأنه يستطيع السيطرة على الأشياء التي يمكنه تسميتها . وينظر الطفل إلى الكلام على أنه سحر يستطيع أن يجبر العالم الخارجي على أداء الأشياء التي استحضرها الطفل في صورة كلمات. ويصف فرويد التفكير في

هذه المرحلة على أنه مزيد من اتقان الحكم على الأشياء مثل التفرقة بين ما يصلح للأكل وما لا يصلح ثم بين ماهو آمن وما هو خطير .

ويعمل التفكير على إبطاء الدافع الأساسي لتفريغ التوتر وتحويل الإشباع الهلوسي للرغبات إلى تخيل الاحداث المستقبلية ويلي ذلك أن يتحول إلى رموز مجردة للأحداث ، ومع إنجاز هذه التطورات يبدأ التحول التدريجي من العمليات الأولية إلى العمليات الثانوية وفي ذلك الوقت يبدأ تكوين الأنا الأعلى من خلال استدخال أوامر ونواهي الوالدين وتحت تأثير الخوف من العقاب والخوف من فقدان حب الوالدين يصبح جزء من الأنا أماً داخلية ويعطي إشارة الخطر عند الاقتراب من المواقف التي تهدد بانسحاب الحب .

وتلي الاهتمامات الفميه انشغالات بالمنطقة الشرجيه anal region فتصبح هي المصدر الرئيسي للاستثارة اللاذة pleasurable stimulation لذا تسمى هذه المرحلة باسم المرحلة الشرجية anal stage وفيها تشتق المتعة جسمياً من خلال استثارة الأعصاب المخاطية التي تتضمنها وظيفة الاخراج ، وعلى المستوى النفسي تشتق المتعة من إثابات الوالدين واهتمامهم اثناء تدريب الاخراج. ويؤدي إفراط الوالدين في التوكيد على ذلك إلى أن يعطي الطفل عملية الاخراج قيمة أعلى ويتعلم الطفل أن يستخدم نشاطاته الإخراجية إما كسلاح ضد والديه في لحظات الغضب أو كرموز للطاعة والمحبة . ومثلما تتميز المرحله الفمية بمرحلتين هما المرحلة السلبية المتلقية والمرحلة السادية تتضمن المرحلة الشرجية مرحلتي الطرد والإبقاء expulsive and retentive كما ان الخوف الفمي من أن يؤكل الطفل يناظره الخوف الشرجي من أن يحدث ضرر لمحتويات البدن .

اما المرحلة الثالثة فهي المرحلة القضيبية phallic stage وفيها تأتي المتعة من ملامسة الطفل لاعضائه التناسلية وهي تحدث بين عمر الثالثة والسادسة وأثناءها يلاحظ الطفل الفرق بين الأعضاء التناسلية الذكرية والأنثوية وتسود هذه المرحلة ما يعرف باسم العقدة الأوديبية Oedipus complex وهي تعرف بأنها الحب الجنسي للوالد من النوع المخالف تصاحبه كراهية ومنافسة للوالد من نفس نوع الطفل .إن أول موضوع للحب لدى كل من الأولاد والبنات هو الأم وذلك بفضل دورها الرئيسي في العناية بالطفل الصغير ومع نمو البنت فإنها تحول حبها في العادة من الأم إلى الأب وهي عملية تكون محملة باتجاهات التناقض الوجداني ويطلق على ذلك اسم عقدة إليكترا Electra complex .

أما بالنسبة للولد فيستمر في تفضيل الأم كموضوع للعلاقة ، وتتخذ العقدة الأوديبية صورة خاصة تعتمد على خبرات الفرد المباشرة وهناك بعض العوامل التي اعتبرها فرويد مؤثرة في الطفل أثناء المرحلة الأوديبية مثل الغياب الطويل لأحد الوالدين من المنزل ، ومولد أشقاء يستولون على اهتمام الأم ، ومعاملة أحد الوالدين للطفل بشكل ينطوي على غواية ، والصراع الأسري .... إلخ .

وفي أثناء المرحلة الأوديبية يتضخم الاهتمام بالأعضاء التناسلية ، ويزداد ظهور العادة السرية والاستعراضية ، وتدور المخاوف البارزة في عقل الطفل حول احتمال حدوث ضرر لأعضائه التناسلية ( أي حصر الخصاء castration anxiety ) ، وهو أمر قد يقوم على تهديدات فعلية من البالغين ، أو مجرد تخييل للعقاب على فعل خاطيء ، ويتم تعميم تلك المخاوف على أعضاء الجسم الأخرى .

ويشكل اكتشاف الطفل الذكر أن الإناث يفتقرن إلى القضيب مصدراً آخر للحصر لديه ، أما البنت الصغيرة فيدفعها وعيها بوجود الفروق الجنسية بين النوعين إلى الاستجابة بمشاعر قوية من حسد القضيب penis envy والرغبة في أن تصبح ذكراً .

ومع تقدم الطفل في المرحلة الأوديبية يهجر الولد رغباته الحسية نحو الأم ويتخلى عن كراهيته للأب ، وتتخلى البنت عن رغباتها في الأب وكراهيتها للأم وتنافسيتها معها ، ولكن بشكل أكثر تدرجا وأقل اكتمالاً مما يحدث لدى الولد . إن البنت لا تشعر بالردع القوى مثلما يخاف الطفل الذكر من الخصاء ، ولكنها تكون مدفوعة بالخوف من فقدان حب الأم .

ويصاحب حل عقدة أوديب حدوث التعيين الذاتي Identification مع الوالد من نفس النوع ومعنى ذلك أن يتمثل الولد خصائص الأب لاشعورياً ، وتقولب البنت نفسها على غرار الأم ، وفي تلك العملية يستدخل الطفل incorporate أو يستدمج introjects قيم الأنا الأعلى للوالدين بوصفها موجهاً ومرشداً لسلوكه ، ويصف فرويد الأنا الأعلى المكتمل النضج بأنه وريث عقدة أوديب ( لامبل دى جروت في رزق سند ١٩٩٥ ص ٤٥ – ٦٨ ) .

وتعتبر السنوات التالية للمرحلة الأوديبية وحتى البلوغ متحررة نسبياً من الصراعات الخطيرة بالنسبة للطفل حيث يقل التوكيد على الجنس ، ويزداد التوكيد على الاهتمامات والنشاطات والجديدة ، وهكذا ينمو الأنا أكثر ارتياحاً في نضاله الأبدي لاحتواء الحفزات اللاشعورية ، وفي ذلك الوقت لا يكون الأنا الأعلى قد

دعم موقفه فيتصرف أحياناً بشكل حاد ومتصلب ، وينتج عن ذلك أفكار وسواسية تبعث على الاضطراب ، ثم يحدث التوافق التدريجي ، وعندما يبلغ الطفل سن ثمان سنوات تهدأ صرامة الأنا الأعلى إلى حد كبير .

وحينما يمتلك الطفل أنا أكثر اكتمالاً في نموه ، وأنا أعلى نام يحول انتباهه بعيداً عن الأسرة إلى العالم الخارجي ، ويزوده رفاق اللعب والدراسة والكتب والموضوعات الواقعية بمنافذ أثناء مرحلة الكمون latency period ويتوقف الطفل عن الاعتماد التام على الوالدين ، كما أن المعرفة التي اكتسبها الطفل حديثاً عن البيئة تجعلها أقل إثارة للرعب من ذي قبل ، ويبحث الطفل عن إقامة علاقات صداقة مع الآخرين ، ويكون مستعداً لأن يتأثر بالأطفال والبالغين خارج نطاق أسرته المباشرة ، ويتلاشى اعتقاد الطفل في القدرة المطلقة للوالدين عند مقارنتهما بالراشدين الآخرين في بيئته ، ويكون التوكيد في ذلك الوقت عامة على معرفة الواقع والتغلب عليه .

ووفقاً لنظرية التحليل النفسي يختل التوازن النفسي الذي كان موجوداً في مرحلة الكمون بشكل مفاجيء عند بداية المراهقة adolescence وتقوي المراهقة من المطالب الجنسية للأنا مما يجعل التوازن يضطرب ، وتثور الصراعات النفسية مرة أخرى ، وحين تسود تلك الصراعات الهو يزداد التخييل وتتكرر ممارسة العادة السرية والنشاطات الجنسية الأخرى ويزداد السلوك العدواني ؛ بل والسلوك المضاد للمجتمع أيضاً في بعض الأحيان ، فإذا اتخذ الأنا موقفاً أكثر صرامة فقد يندفع الفرد نحو الأعراض العصابية والكف والحصر ، ويتمكن الأنا الأعلى من التخلي عن تحالفه السابق مع الأنا ، وفي هذه الحالة تميل دفعات الهو البدائية إلى الحصول على التعبير عن نفسها .

ومن ناحية أخرى قد يفرط الأنا الأعلى في استجابته لتدعيم الانصياع المفرط والطاعة والنكران الزهدي لكل إشباعات الحفزة ، وأثناء تلك الصراعات الداخلية يظهر المراهقون عادة سمات شخصية متعارضة مثل الإيثار والأنانية والميل إلى الاجتماع مع الآخرين والميل إلى الوحدة ، والانغماس في الرغبات والزهد .

ويؤدي انبعاث التخييلات الأوديبية المشبعة بالجنس بشكل مهدد إلى أن يعزل المراهق نفسه عن أعضاء الأسرة أو يتصرف كشخص غريب عنهم ، وأحياناً ينجذب المراهق إلى الآخرين من نفس عمره ، ويكون علاقات حميمة معهم وأحياناً يرتبط مع شخص أكبر منه سناً يعتبره المراهق قائداً له ويحله محل الوالدين اللذين هجرهما ، أما علاقات الحب لدى المراهق فعلى الرغم من كونها

مشبوبة العاطفة ولها قيمتها لديه إلا أنها تكون قصيرة المدة في العادة ، وكثيراً ما يهجر المراهق الأشخاص الذين اختارهم موضوعات لحبه دون أي اعتبار لمشاعرهم ، ومع ذلك يحافظ على الطبيعة المكثفة للعلاقة مع البدائل المتتالية .

ويلي هذا النمط النرجسي من العلاقة والذي تسوده الاهتمامات الأنانية مرحلة مؤقتة عارضة من الاختيار الجنسي المثلي للموضوع وتساهم العوامل الاجتماعية في هذا لأن المراهقين قد يفضلون اللقاء في تجمعات من نفس الجنس لكي يتجنبوا الوجود المثير للجنس الآخر ، ومع تقدم المراهقين من الطبيعي أن يؤكد الانجذاب الفسيولوجي للجنس الآخر نفسه بشكل أكثر قوة وتسود الارتباطات الجنسية الغيرية.

**تكوين الشخصية الراشدة Adult Character Structure :**

لقد رأى فرويد أن نمط خبرات الفرد وخاصة أثناء السنوات التكوينية في الرضاعة وباكورة الطفولة يحدد معالم شخصيته كراشد والتي يعرفها فرويد بأنها الأسلوب المعتاد للأنا في التعامل مع العالم الخارجي ومع الهو واللأنا الأعلى.

إن نجاح الأنا أو فشله في مواجهة أزمات النمو النفسي الجنسي العديدة يترك عليه أثاراً لا تزول وتظل الصراعات غير المحلولة في أية مرحلة من مراحل النمو النفسجنسي بوصفها تثبيتات fixations تشكل شخصية الراشد إلى حد كبير. وتحدد نظرية التحليل النفسي وفقاً لذلك سلسلة من أنماط الشخصية التي تعكس ملامح ومظاهر المراحل النفسجنسية المختلفة فالشخصية الفمية oral character تعتمد إلى حد كبير على الآخرين في الحفاظ على تقدير الذات ، إنها تحن للحصول على الإمدادات الخارجية بشكل سلبي ويلعب الفم فيها دوراً بارزا.

والشخص الفمي يساوي بين الحب والطعام وحين يكون مكتئباً فإنه يأكل حتى يطمئن نفسه وتتركز انشغالاته الفمية الأخرى حول الشرب والتدخين والتقبيل وتعزى التأثيرات الهضمية الملحوظة في حالات قرحة المعدة إلى التثبيتات الفمية ويمنح اتجاه التلقي السالب للهدايا والمنح قيمة ضخمة بوصفها رموزاً للحب وتسود لدى الفرد سمة الإلحاح والطلب ويشعر الفرد بحاجة دائمة إلى الطمأنة وأحياناً يقوم الشخص الفمي بالتعويض الزائد عن اشتياقاته السلبية اللاشعورية وذلك بأن يتصرف بصورة ذكرية مفرطة في الإيجابية ويدعي أنه كامل الاستقلال.

ومن ثم تتحدث النظرية التحليلية عن خصائص الشخصية الفمية oral personality characteristics وهي حب الأكل والشرب والتشاؤم pessimism والشعور بالذنب guilt feeling والاعتمادية dependence أما الشخصية الشرجية Anal character فإن أبرز سماتها هي الصراعات التي تدور حول الطرد والإبقاء ويتصف صاحبها بأنه شديد الاقتصاد ومنظم والبخل الشديد هو استمرار لعادة الإبقاء الشرجي ويحفزه أحيانا الخوف من فقدان ملكية ذات قيمة وفي أحيان أخرى تحفزه المتعة الفسيولوجية .

وعلى المستوى اللاشعوري يتعادل البراز رمزياً مع النقود إلى درجة أن الادخار والتقتير أو التبذير المفرط وهما نقيضان يعتبران شيئاً مألوفاً . أما العناد وهو صورة سلبية من العدوان فيتماشى مع رفض الطفل أن يتبرز أو يبول حين يريده والداه أن يفعل ذلك ومن ناحية أخرى ربما ينشأ النظام المفرط والدقة والحرص على الشكليات والنظافة من آثار الانصياع لمطالب الوالدين في موقف التدريب على الإخراج .

أما الشخصية القضيبية phallic character فيستجيب صاحبها إزاء حصر الخصاء الكامن لديه بأن يتصرف بطريقة متهورة ، ويبدو الانشغال الطفلي غير المحلول بالقضيب لدى الرجال من خلال الزهو الشديد والاستعراضية والحساسية ويؤدي إنجراح الغرور إلى التحفظ البارد والاكتئاب العميق أو يؤدي إلى العدوان الفعلي . ويسبق هذا الاتجاه النرجسي إقامة العلاقات الناضجة مع الآخرين ويكون الذكر على الرغم من اندفاعه لمحاولة إثبات ذكورته مليئاً بالازدراء للنساء والعداء نحوهن ولا يكون قادراً على الشعور بالحب . أما الأنثى الذكرية فتكون نرجسية أيضاً ويدفعها حسد القضيب إلى ادعاء القيام بدور ذكري وأن تناضل من أجل التفوق على الرجال .

وأخيراً الشخصية التناسلية Genital character وهي الشخصية التي مرت بنجاح من خلال الأزمات النفسجنسية دون أن تتأثر ببقايا الصراعات الباكرة وهي تتميز بإمكانية إقامة علاقات تبادلية مشبعة مع الجنس الآخر ويستخدم الأنا الانفعالات بشكل بناء وبوصفها جزءاً من الشخصية الكلية .ويكتمل نمو الأنا ويمكنه التغلب بسهولة على التناقض الوجداني وينبغي لنا أن نعرف أن مفهوم الشخصية التناسلية مفهوم مثالي أكثر منه مفهوم طبيعي .

## ميكانيزمات الدفاع Defense mechanisms

يعرف فرويد الحصر النفسي anxiety أنه حالة وجدانية أي مزيج من مشاعر بعينها تنتمي إلى سلم اللذه – اللالذه مصحوبة بما يناظرها من تعصيبات (أي إثارة فسيولوجية للاعصاب ) التفريغ مع إدراك حسي لذلك كله .

الحصر اذن أحاسيس ومشاعر مؤلمة مصحوبة باضطرابات فسيولوجية وخاصة في وظائف التنفس والقلب واضطرابات حركية في الأوعية الدموية والجهاز الهضمي والعصبي وغيرها . ومن مظاهرها تصبب العرق والدوار وجفاف الحلق وضيق التنفس وسرعة ضربات القلب والصداع والاسهال وهي ما يطلق عليه مكافئات الحصر خاصة عندما يقتصر الأمر عليها دون ظهور وجدان الحصر . ويرى فرويد أن حصر الميلاد هو أول خبرة صادمة يعاني منها الوليد الانساني ويظل هذا النمط من الحصر الاطار المحدد لشتى مظاهر الحصر اللاحقة . والوظيفة الأساسية للحصر أنه إشاره يطلقها الأنا انذاراً بوجود خطر يقتضي حشد ما ينبغي لدرئه حفاظاً على كيان الذات .

وهناك ثلاث فئات للحصر :-

أ - الحصر الموضوعي وهو ما ينشأ من أخطار خارجية .

ب - الحصر العصابي وهو ما ينشأ من ضغط الدفعات الغريزية ليبيدية أو عدوانية تصدر عن الهو .

ج - الحصر الخلقي وهو ما ينشأ من التوتر بين الأنا والأنا الأعلى . ويستجيب الأنا إزاء هذا الحصر العصابي باستخدام عملية الكبت اللاشعورية وغيرها من حيل الدفاع . ويستجيب الأنا بطريقة من إثنتين :- عرقلة القوة الداخلية عن التعبير شعورياً أو تشويهها إلى مدى يجعل الدفعة الأساسية تتجمد أو يتم تحريفها وسوف نتناول الدفاعات الرئيسية فيما يلي :-

### الإنكار Denial

هو وسيلة شديدة البدائية للدفاع ضد الحصر وهو يعني أن ننكر الوجود الفعلي للحصر نفسه . إن الإنكار هو مناقضة أو إنكار شيء معروف أو مدرك وبمعنى ما فإن الفرد يتعامى عن المظاهر غير الساره من الواقع كنوع يناظر الاشباع الهلوسي للرغبة .

ويتضمن الإنكار رفض الفرد مواجهة الواقع والتصرف بطريقة توحي بأن الشخص غير واع بشيء يتوقع أن يعرفه مثل أن يرفض الشخص قبول فكرة أن التدخين يرتبط بالسرطان ومنع الخبرة المؤلمة من دخول الذاكرة وعلى وجه العموم يتعامل الناس في مواجهة الموت باستخدام الإنكار ، بدءاً من عجز الطفل عن قبول فقدان حيوان أليف عزيز وحتى فشل الإنسان الذي يموت في فهم ما هو محتوم . إن الوظيفة الوقائية واضحة والدفاع يتعارض مع العقل ويستخدمه باستمرار الأطفال الصغار ، والذهانيون المتدهورون .

إن النمط الطفلي الأولي لهذا السلوك هو إغلاق الطفل لعينيه كما لو كان لا يرى الموضوع المهدد ،وكثيراً ما تحتوي تخييلات الطفولة على عناصر من الإنكار فقد يتخيل الطفل الصغير الخائف نفسه محارباً شجاعاً مغامراً .

وهناك مثال مرضي هو الطفل المرفوض بشكل حاد والذي ينمو لديه الاقتناع بأن والديه المعاقبين قد تبنياه ، ويتعلق بالتخييل الذي مؤداه أن والديه الحقيقيين محبان وعطوفان ، وحين تصبح الحدود الفاصلة بين الواقع والتخييل أكثر تحديداً ودقة لدى الطفل النامي فإنه يميل إلى استخدام الكلمات والأفعال لخدمة الإنكار .

وتصف أنا فرويد (١٩٤٦) Anna Freud حالة الطفل الصغير الذي كان يتعين عليه أن يتناول دواءً مؤلماً ، فصرخ في صوت يبعث على الأسى " أحبه- أحبه " وهي جزء من جملة كانت تستخدمها الممرضة لكي تشجعه أن يعتقد أن طعمه حسن .

ويتطلب هذا التصوير الدرامي مسرحاً في العالم الخارجي ، لذا فإن استخدام الطفل للإنكار يتم تشريطه خارجياً من خلال مدى موافقة من حول الطفل على خطته ، وداخلياً من خلال درجة تعارض الإنكار مع وظيفة اختبار الواقع ، أما لدى الراشدين الأسوياء فيكون الاستخدام اللحظي للميكانيزم عرضة للظهور على المستوى القبشعوري أكثر من المستوى اللاشعوري . إن إدراك التهديد قد حدث بالفعل ولكن الإنكار يطمر تتابع النمو التالي في الوعي . ومع ذلك فحين يتجه الانتباه إلى المثير الباعث على الحصر على وجه التحديد فإنه لا يمكن تجاهله بعد ذلك .

## الكبت Repression

هو الدفاع الرئيسي الذي يعرقل القوى الداخلية وهو يشير إلى النسيان الغرضي للرغبات ، والحفزات ، أو الأفكار المرتبطة بمتطلبات جنسية أو عدوانية غير مرغوب فيها أو استبعادها من الوعي . ولا ينبغي الخلط بين الكبت والقمع suppression وهو ميكانيزم شعوري لكبح الاستجابات والامتناع عنها بمعنى أن الفرد لكونه واعياً تماماً بالفكرة أو الرغبة فقد يقرر لسبب ما ألا يعبر عنها لفظيا أو يترجمها إلى فعل في هذه اللحظة .

ولقد تم التمييز بين فئتين من فئات الكبت هما الحفاظ على بقاء المادة اللاشعورية بعيداً عن الوعي ( الكبت الأولي )primal repression وإعادة ما كان من قبل شعورياً إلى مجال اللاشعور(كبت لاحق )after expulsion .

إن رفض الأنا لمحتوى مهدد يتم بشكل تلقائي ذاتي ، بمعنى أنه يتم على المستوى اللاشعوري ولكن هذه الوظيفة تتطلب استهلاكاً مستمراً للطاقة النفسية ( الشحنات المضادة counter cathexis ) لمنع المادة اللاشعورية من الظهور ، فإذا انخفضت قوة الشحنة المضادة حتى ولو للحظة فإن ذلك يمكن أن ينتج عنه تسرب تلك المادة . وهذا النضوب الثابت لمصادر الأنا يقيد بشكل خطير من مقدار الطاقة المتاحة له لكي يقوم بالأنشطة البناءة ويتضح نضال الأفكار المكبوتة المستمر لكي تعبر عن نفسها تعبيراً صريحاً من خلال محتوى الحلم والسلوك غير العادي وزلات اللسان ومظاهر أخرى ذكرها فرويد في كتاب "علم النفس المرضي في الحياة اليومية Psychopathology of every day life " كما إن النسيان العمدي للأسماء أو الحقائق التي كانت مرتبطة من قبل مع الحصر بطريقة ما ، هو بالطبع أمر شائع . ويكشف الإلحاح الكامن للمكبوت عن نفسه في شعور الفرد بأنه ينبغي أن يعرف ما كان منسياً ، ويعني أن الشيء المنسي على طرف اللسان .. وهكذا .

وتناضل الأفكار المستبعدة من أجل التفريغ بشكل مباشر وبشكل غير مباشر . وكثيراً ما تعمل الأحداث أو الأفكار الجديدة ذات الصلة بالأحداث أو الأفكار الأصلية المكبوتة كمنافذ أو مشتقات derivatives فإذا كانت الصلة بعيدة بشكل كاف كان من المسموح للفكرة المشتقة بالتعبير عن نفسها بحرية ، ولكن إذا حدث وضغط المشتق على زناد إشارة الحصر فإن ذلك المشتق يدفع به إلى مجال اللاشعور (كبت ثانوي ) .

وأحيانا يتم تفريغ البدائل أو كبتها نيابة عن أصولها ، مثال على ذلك حلم اليقظة يمكن للفرد أن يستمتع بمحتواه بشكل مليء بالانفعال لدرجة تجعل الكبت يعمل ويجعله منسياً تماماً .

ويعتبر الكبت ثمرة ونتيجة لميكانزم الانكار الأكثر بدائية ولكنه لا يعمل بشكل شامل حتى وقت متأخر من الطفولة لأن الدفاع يعتمد على التمايز الواضح بين الأنا والهو ، وفي الوقت الذي تحل فيه عقدة أوديب تكون حدود الأنا محددة المعالم بشكل جيد ، ويصبح الكبت الكتلي للصراعات الباكرة سمة مميزة ومن خلال الملاحظة يتضح أن النسيان المنتشر للخبرات قبل الأوديبية أثناء مرحلة الكمون لا يمكن إرجاعه فقط إلى العمليات الطبيعية التي تتداخل مع استدعاء الأحداث والتي تقوم على تداخل الأحداث الحالية مع الأحداث الماضية .

## العزل Isolation :-

يشير العزل بصفة أساسية إلى العملية التي بها تحرم الذكريات غير السارة من روابطها الانفعالية ، ويتم الفصل بين الفكرة والانفعال المصاحب لها باستخدام شحنة مضادة ، وهذه الشحنة تستخدم الطاقة النفسية للفصل بين ما ينتمي إلى بعضه البعض والحفاظ عليه كذلك ، وهكذا يمكن للفكرة نفسها أن تدخل الشعور بينما تظل الدلالة الانفعالية لها مكبوتة ، وذلك على العكس من الكبت الذي فيه تظل الفكرة مختفية ، وحتى القوى اللاشعورية الشديدة التهديد يمكن التعبير عنها وترجمتها إلى كلمات بهذه الطريقة الخالية من الانفعال ؛ مثال ذلك أن الشخص قد يتحدث عن حفزاته العدوانية العنيفة نحو الآخرين بطريقة رقيقة تماماً ومجردة من الشعور . كما أن اندماج المراهقين في المناقشات الفلسفية المجردة والتي لا تنتهي في موضوعات مثل المجتمع والزواج والدين يمثل في الغالب محاولة عقلية للدفاع ضد الصراعات الكامنة المرتبطة بالجنس أو الأخلاق .

وبمعنى ما فإن العزل هو تضخيم للتفكير المنطقي والذي يتكون من استبعاد الروابط الانفعالية من أجل الموضوعية ، ولكن الفارق الرئيس بينه وبين التفكير المنطقي هو أن العزل يقيد طاقة الأنا في نضال الشحنات المضادة مما يقيد من مرونة وخصوبة عمليات التفكير .

وهناك صور أخرى من العزل إلى جانب الفصل بين الفكرة والانفعال ؛ فهناك عديد من الأطفال يحلون صراعاتهم عن طريق عزل مجالات معينة من حياتهم مثل عزل المنزل عن المدرسة حيث يمثل أحدهما الانصياع الاجتماعي ويمثل الآخر حرية التعبير عن الرغبة .

وهناك مثال توضيحي متطرف هو حالة الطفل الذي يقسم شخصيته ويدعي أنه طفلان أحدهما خير والآخر شرير بأسماء مختلفة وبهذا الميكانيزم تستطيع الذات الخيرة أن تنكر مسؤليتها عن أفعال الذات الشريرة.

وهناك نوع آخر من العزل يتضمن الفصل بين المشاعر المتناقضة نحو نفس الشخص وتمنع الشحنات المضادة الشعورين من أن يتصلا ، وهناك مثال آخر هو الأم الطيبة وامرأة الأب الشريرة في قصص الجنيات لدى الأطفال ، ويلاحظ أحياناً أن الراشدين يعزلون المكون الشبقي للجنس عن المكون الحنون منه ونتيجة لكبت عقدة أوديب لا يستطيعون أن يصلوا إلى الإشباع الجنسي في علاقاتهم مع من يكنون لهم مشاعر حنونة .

وأخيراً هناك العزل بين فكرتين تؤديان متحدتين معاً إلى استجابة انفعالية غير سارة ولكن كل منهما وحدها لا تحدث أي تأثير إن ذلك التقسيم للأفكار إلى وحدات مستقلة compartmentalization قد يتم إنجازه بواسطة العزل في الزمان أو المكان أو من خلال تقسيم الإدراك ، وتبعاً لذلك فإن كل مكون من مكونات الإدراك يمكن التعبير عنه دون إدراك الصورة الكلية .

***التكوين العكسي Reaction Formation :-***

يشير التكوين العكسي إلى عملية دفاعية ذات خطوتين :- أولاً يتم كبت الفكرة أو الرغبة غير المقبولة ، وثانياً يتم التعبير عن عكسها في الشعور ، وهكذا تتم معارضة القوى الكامنة التي أعطت الدفعة الأساسية لإشارة الحصر عن طريق اتجاه شعوري متوافق اجتماعياً ومثال ذلك النظافة المفرطة لدى شخص قهري يناضل ضد متطلباته الداخلية للقذارة والفوضى ، أو الشخص المفرط العطف الذي يتناقض أسلوبه المعسول مع عداوته الكامنة القوية .

ويقال إن التكوين العكسي يتضمن تغييراً في الشخصية الكلية يحدث مرة واحدة وللأبد . إن الشخص يقولب سلوكه كما لوكان الخطر الداخلي مستمراً دائماً حتى يستطيع أن يكون جاهزاً إذا حدث الخطر ، وهكذا فإن الاعتماد الشديد على هذا الميكانيزم يرتبط مع نمط معين من بناء شخصية الراشد .

إن أول استخدام للتكوين العكسي يحدث لدى الأطفال الصغار في المرحلة الشرجية من النمو حين يستجيبون لميولهم التلويثية غير المرغوبة بكبتها والخضوع كلية للضغوط الوالدية للنظافة والنظام والطاعة .

### النقل Displacement :-

يتضمن اصطلاح النقل كدفاع من دفاعات الأنا تفريغ الدفعة اللاشعورية بتحويلها من موضوعها الأصلي إلى موضوع بديل ، وعلى سبيل المثال فإن الطفل الذي يضمر عدواناً قوياً نحو والديه قد يكون عاجزاً عن التعبير عن أي أفكار عدوانية شعورية نحوهما ، ولكنه بدلاً من ذلك ينفث عن مشاعره نحوهما من خلال تدمير اللعب .

إن السلوك الذي تم إحلاله كثيراً ما يتم الكشف عنه من خلال الاستجابة المضخمة للمضايقات التافهة ، وعلى سبيل المثال الموظف المحبط الذي ينفجر في المنزل عند أدنى استثارة أو تحريض . وهناك صورة أقل تكراراً للنقل وهي الانقلاب ضد الذات turning against the self حيث تتجه الدفعات العدوانية نحو الآخرين إلى الذات وتؤدي إلى الاكتئاب وتحقير الذات .

### الإلغاء Undoing :-

يعتمد ميكانيزم الإلغاء على الاعتقاد السحري بأن الفكرة أو الرغبة غير المقبولة يمكن إلغاؤها من خلال أداء فعل معين ، ويتم أداء الطقوس بتفصيل دقيق وفي تتابع محدد سلفاً بشكل ثابت ، وفي العادة يفعل الشخص شيئاً موجباً يكون عكس شيء سبق أن فعله من قبل كما في حالة الفرد الذي يشعر أنه مضطر إلى فتح خرطوم الغاز حتى يستطيع أن يغلقه ثانية . إن نظرية التكفير عن خطايا الفرد وأفكاره الشريرة من خلال الطقوس الدينية الرمزية المحددة بعناية يعتبر مثالاً على الإلغاء .

### الاستدماج Introjection :-

الاستدماج الدفاعي هو الاستدخال الرمزي لموضوع خارجي واعتباره جزءاً من ذات الشخص ، وهكذا فإن الأنا في تغلبه على الحصر يدرك على أنه يمتلك خصائص الموضوع ، والنمط الأولي لهذا الميكانيزم هو تخييل طفلي يتضمن ابتلاع جزء من البيئة .

وفي البداية يخدم التخييل الاستدماجي الفمي إشباع الرغبة في الطعام فقط وفيما بعد يساعد على استعادة الشعور بالقدرة المطلقة عن طريق خلق اتحاد مع الوالدين القويين ، وفي النهاية يصبح الاستدماج أداة عدوانية لتدمير الموضوعات المكروهة بالتهامها .

ولا تقتصر الأنماط الأولى للاستدماج على الابتلاع فإنه يمكن تخييله أيضاً عن طريق العينين والجلد والجهاز التنفسي ، وأثناء مرحلة تكوين الأنا الأعلى تصبح الأخلاق الوالدية والكفوف والمثاليات موضوعاً للاستدماج فالطفل يتبنى ويستدمج الاتجاهات والقيم الوالدية لكي يتغلب على نواحي الحصر الموروثة في النضال الأوديبي .

***الإسقاط Projection :-***

مثلما يمثل ابتلاع الأشياء النموذج الأصلي للاستدماج فإن بصق الأشياء المؤلمة يكمن وراء الإسقاط . إن أول حكم يصدره الطفل هو التمييز بين ما هو صالح للأكل ، ومالا يصلح له ، ويتم التعبير عن القبول من خلال البلع والإدخال ، أما الرفض فيتم التعبير عنه من خلال القيء والبصق .

ويشير الإسقاط كدفاع لاشعوري إلى إرجاع الفرد دفعاته غير المقبولة ونسبتها إلى الآخرين ، وهكذا تعبر القوى اللاشعورية عن نفسها من خلال ظهورها على أنها تنبعث من شخص آخر ، ويعمل ميكانيزم الإسقاط بسهولة في باكورة الحياة فإن الوسيلة البدائية للتخلص من الألم عن طريق نسبة المثيرات غير السارة إلى العالم الخارجي تنمو وتتحول إلى ميل إلى إسقاط العدوان واللوم على الأطفال الآخرين بسبب الأفعال السيئة .

ويتضح استخدام الإنسان للإسقاط بشكل بارز وطويل المدى في الأساطير الإحيائية حيث يتم إضفاء صفات ومشاعر البشر على الطبيعة والأشجار والأحجار ... إلخ كما أن تفشي التعصب الاجتماعي واتخاذ كبش فداء يمكن إرجاعه إلى الإسقاط حيث تزودنا الأنماط العرقية والثقافية الثابتة بمخرج مناسب يمكننا من نسبة الأفكار العدوانية والجنسية غير المقبولة إلى الآخرين .

وحين يلعب الإسقاط دوراً بارزاً في الرشد فلابد أن يكون هناك قصور شديد في الإحساس بالواقع فقد يسمع الشخص البارانوي أصواتاً هلوسية تتهمه بأنه شرير وأن لديه رغبات قذرة ، وتكون هذه الأصوات إسقاطات لما يتهمه به الأنا الأعلى نتيجة لحفزات الهو .

***النكوص Regression*** :-

يتضمن النكوص كدفاع عودة الاستجابات التي كانت تميز مرحلة باكرة من مراحل النمو النفسي فإن الشخص حين يواجه الحصر والتوتر والإحباط الحاد فإنه يلجأ إلى نمط من السلوك أقل نضجاً وأقل واقعية كالطفل الذي يواجه موقفاً

مثيراً للحصر فيرتد إلى عادات سلوكية كانت مرتبطة بمرحلة نمائية كان يشعر فيها بالأمن ، ويعتبر مص الأصابع وبلل الفراش أعراضاً نكوصية شديدة الشيوع كما أن الطفل في سن الرابعة أو الخامسة من العمر قد يستجيب لميلاد أخ أو أخت له بأن يتصرف بأسلوب طفلي على أمل أن يستعيد اهتمام والديه ورعايتهما مرة ثانية .

وليس الراشدون متحررين من الاشتياقات النكوصية فإن الترقي الوظيفي الذي يرفع الشخص فجأة إلى موقع السلطة والقيادة قد يهدد الحاجة اللاشعورية لديه للاعتمادية مما يجعل الارتداد النفسي أمراً محتوماً ، كما أن الحديث الطفلي baby talk عرض آخر يوجد لدى الراشدين ، وحتى الأحلام تعتبر ظاهرة نكوصية حيث يرتد الفرد من العمليات الثانوية للتفكير إلى العمليات الأولية .

وهناك مثال واضح وملحوظ هو المريض العقلي المصاب بالفصام الكتاتوني التخشبي الذي ينسحب من الحياة عن طريق الالتفاف حول نفسه والبقاء صامتاً في وضع جنيني . والنكوص يحدث للأنا ، ويكون الأنا السيء التنظيم أكثر تعرضاً له ، ويقال إن تتابع مراحل النمو النفسجنسي هو الذي يملي على الأنا نمط النكوص ، حيث تستمر أنماط الاستجابة التابعة للمراحل الباكرة مع أنماط الاستجابة الأكثر تقدماً مما يهيء الصورة التي يمكن أن يتخذها النكوص . ويسمى ذلك الاستعداد بالتثبيت Fixation وهكذا فإن الاستجابات الفمية أو الشرجية قد تظهر بدلاً من السلوك التناسلي الباعث على التهديد . وهناك عدة أسباب لحدوث نقاط التثبيت هي الإشباع الزائد أو التدليل المفرط مما يجعل الفرد يتخلى عن تلك المرحلة بصعوبة ، والحرمان الزائد مما يجعل الفرد في حاجة مستمرة للإشباع ، والتحولات المتبادلة أو المفاجئة بين الإشباع والحرمان ، وإشباع دفعة غريزية مع الحاجة للأمن في آن واحد مثل إعطاء زجاجة الرضاعة لطفل صغير حين يصحو باكياً في منتصف الليل ، وعلى وجه العموم يقال إن النكوص والتثبيت متلازمان متكاملان متتامان ، وكلما كان التثبيت قوياً كلما حدث النكوص بشكل أكثر سهولة تحت الظروف الضاغطة .

## ***الإعلاء والتسامي Sublimation :-***

في الإعلاء يغير الأنا هدف الدفعة الغريزية للهو أو موضوعها أو كلاهما دون أن يعرقل إشباعها ، وتعتبر الدفاعات الأخرى غير ناجحة لأنها تستخدم الشحنات المضادة المقيدة ، أما الإعلاء فيعتبر ناجحاً لأن القوى اللاشعورية تجد مخرجاً

على الرغم من تصريفها عن طريق اصطناعي كما أن الدفعة الغريزية الأصلية لا تقابلها شحنة مضادة ، وبالإضافة إلى ذلك فإن قناة التعبير في الإعلاء تكون أعلى وأكثر قبولاً من الناحية الاجتماعية والأخلاقية . وعلى سبيل المثال يمكن إعلاء العدوان القوي الكامن عن طريق المنافسة المقبولة اجتماعياً في اللقاءات الرياضية أو في الصف الدراسي ، ويعتبر النشاط الفني مثل عمل نماذج من الطمي إعلاء للرغبات الشرجية اللاشعورية ، كما أن الأهداف الجنسية الغيرية قد يتم كفها وإعادة توجيهها كمشاعر رقيقة نحو موضوع الحب .

ويلخص فينخل ١٩٤٥ Fenichel حالة طفلين حاولا أن يعبرا عن الدفعات التلويثية الشرجية من خلال طريقتهما في الكتابة حيث تعلم الطفل الذي استخدم الإعلاء أن يكتب بخط حسن وهو يستمتع بذلك كثيراً ، أما الطفل الذي استخدم التكوين العكسي فكان يكتب بطريقة مقيدة شديدة التدقيق في التفاصيل والتوافه وبالمثل فإن متعة الأطفال في اللعب بالقذارة قد يتم إعلاؤها عن طريق الرسم والنحت والطهي ، وقد تؤدي تلك المتعة إلى استجابة النظافة والترتيب المفرط (جيرالد س بلوم ١٩٩٥ ، فرج عبد القادر طه ٢٠٠٥ ، مصطفى زيور ١٩٨٢ )

***فرويد والمرض النفسي***

لقد فسر الأسلوب الحيوي الطبي الاكتئاب فكيف فسرته النظرية الفرويدية ؟

إن أحد الاحتمالات هو أن الأنا تجتاحه مطالب الهو ، أو يجتاحه الشعور بالذنب الناتج عن الأنا الأعلى فينكص الشخص إلى مرحلة باكرة من مراحل النمو النفسي الجنسي وهي المرحلة الفمية ، وحين نتذكر أن تلك المرحلة هي المرحلة التي فيها لم يكن الطفل قد تعلم بعد أن يميز بين نفسه وبين العالم الخارجي من حوله ، وكان الطفل هو مركز الخبرة نفهم أن البالغ الناكص إلى تلك المرحلة يبدي ما يطلق عليه اسم هذاءات الأهمية الذاتية delusions of self importance ويختلط لديه التخييل fantasy بالواقع مما يجعله يمر بخبرات إدراكية غير عادية وتفكير بارانوي paranoid ideation وتفكير سحري magical thinking ، وقد رأينا أن النموذج الحيوي الطبي يعتبر أن سبب الاكتئاب هو عدم التوازن في موصلات عصبية معينة في المخ ، فكيف فسرته الفرويدية .

هنا نستعين بما كتبه رائد التحليل النفسي في مصر والعالم العربي مصطفى زيور ١٩٧٥ في مقالته العبقرية " محاضرة في الاكتئاب " :-

" تقودنا دراسة حالات الاكتئاب إلى المأساة المحورية في الإنسان أي صراع الحب والكراهية الذي يعصف بالوجدان . إن قلب الإنسان تسكنه قوتان متناقضتان لكل منهما طاقة تكاد تساوي الأخرى تتنافسان في اتجاهين متعارضين ومع ذلك فإنهما قد تتداخلان الواحدة في الأخرى وقد تحل الواحدة منهما محل الأخرى ، وهو ما يطلق عليه اسم ثنائية الوجدان .

وهكذا نجد الإنسان مدفوعاً بحاجة ملحة إلى الحب والخلق والتشييد ، ونجده في نفس الوقت وأحياناً بنفس الإلحاح مشدوداً إلى الكراهية والتدمير ، إنه موجب وسالب معاً ، وإذا وجهنا النظر إلى الكراهية في صورتها الفجة المدمرة وجدنا الإنسان الكاره محطماً لغيره ، وفي ظروف بعينها محطماً لنفسه إذا لم يسعفه الحب فيسانده في تلطيف حدة الكراهية ، وفي هذه الظروف يتخلق الاكتئاب في صوره المتدرجة من الاكتئاب العصابي الطفيف إلى الاكتئاب الميلانكولي الذهاني الذي قد ينتهي بالإنسان في الانتحار .

ونستطيع مبدئياً أن نعرف الاكتئاب بأنه حالة من الألم النفسي يصل في الميلانخوليا إلى ضرب من جحيم العذاب مصحوباً بالإحساس بالذنب الشعوري وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها ونقصان في النشاط العقلي والحركي والحشوي . فإذا نظرنا في العوامل المثيرة للاكتئاب نجدها تتلخص في :-

أولاً تغير في التوازن الخاص بالدفعات الغريزية أي الحب والعدوان وكذلك تغير في ميكانيزمات الدفاع .

ثانياً تغير في علاقة المريض بالموضوع وصورته .

إن فقدان الحب هو الموقف الأساسي الباعث على الاكتئاب سواء أكان المريض لم يعد محبوباً أم لم يعد يشعر أنه محبوب ، أو من جهة أخرى لم يعد يسعه أن يحب أو أن يكون محباً ، وهكذا فإن انقطاع علاقة وثيقة متبادلة من الحب نجده في أساس كل حالات الاكتئاب ، غير أن الخبرة المعاشة الخاصة بفقدان الموضوع تمتد بالقياس إلى الاكتئابي إلى مجموعة من المواقف تتخطى مجرد الفقدان الفعلي بالموت أو الاختفاء مثلاً .

وتستخدم كلمة اكتئابي للدلالة على الشخص ذي الاستعداد الاكتئابي ، وكلمة مكتئب للدلالة على المريض الذي يعانب بالفعل من أزمة اكتئابية . إن ابتعاد الموضوع يمكن أن يستشعره الاكتئابي فقداناً بل إن الابتعاد لا يقتصر على المعنى المكاني بل يشمل الابتعاد المعنوي أو العاطفي ، ونلاحظ أنه بالنسبة

للاكتئابي توجد مسافة إذا تخطاها الموضوع يعتبر مفقوداً سواء كانت المسافة مكانية أو عاطفية ، وتختلف المسافة من مريض لآخر ، ولكنها على كل حال قصيرة بالنسبة للاكتئابي .

وإذا نظرنا إلى طبيعة العلاقة العاطفية التي يحدث انقطاعها حالة الاكتئاب تبين لنا أن هذه العلاقة نموذجها العلاقة الأولى مع الأم ، ومن هنا فإن الموقف الأوديبي لدى الاكتئابي تغمره الصراعات قبل الأوديبية ، وخاصة الصراعات الفمية ، وهذه العلاقة يلزمها أن تكون وثيقة جداً وموسومة بالحب المطلق ذلك أن الاكتئابي يشعر دائماً أنه مهدد بتفجر شديد لعدوانيته ، وهو يخاف من تلك العدوانية التي يراها على المستوى المتخيل مطلقة القدرة ، وذلك مثلاً عندما يفقد موضوعاً كان قد رغب لاشعورياً في موته ، والواقع أن هذا الموقف من المواقف ذات الأثر الشديد في إثارة الاكتئاب ، ويكتئب المريض في هذه الحالة ليس لمجرد الفقدان بل يكتئب بصفة خاصة لأنه لم يستطع أن يحفظ الموضوع من الفقدان ، وكأنه فاعله .

وعلينا أن نذكر أن فرويد شبه الاكتئاب بحالة الحداد ، والواقع أن بعض حالات الحداد تتحول إلى اكتئاب ذهاني ، ويتضح من طبيعة هذه العلاقة بين الاكتئابي وموضوعه أنها تتسم بالنرجسية إلى حد بعيد ؛ أي أن الاكتئابي لا يحب الموضوع في ذاته ولذاته ، أو لما هو عليه في الواقع بل إنه في حاجة إليه لكي يحتفظ باتزانه الانفعالي ، من حيث تنظيم دفعاته الغريزية من حب وعدوان ومن أجل ذلك فهو في حاجة إلى أن يكون الموضوع ذا طيبة عظيمة قوياً قادراً لا يخطيء ولا تشوبه شائبة ، وبعبارة واحدة أن يكون ذا صفات لا يمكن أن تكون موضع نقد أو هجوم أو تجريح لنقص أو عيب فيه من أي نوع . فإذا اختفى الموضوع أو ارتكب ما يشينه على أي نحو في نظر الاكتئابي فإن النتيجة واحدة بالنسبة للاكتئابي ، إنه يشعر بالموقف وكأنه خسر أهم جزء من نفسه ويجد نفسه وجهاً لوجه مع عدوانيته المتفجرة .

يبدو لنا الاكتئاب إذن من حيث القطاع الغرائزي أن مصدره تحلل أو تفكك الغرائز ، أي اضمحلال بواعث الحب وسيطرة مستقلة للعدوان ، وهكذا فإن التوازن الهش بين الطاقات الغريزية وميكانيزمات الدفاع الذي استطاع الاكتئابي الحفاظ عليه في محاولات موازنة حاجته إلى الحب وحاجته إلى الكراهية ، هذا التوازن يختل ليس لمجرد اندلاع دفعات العدوان بقدر ما هو فشل دوافع الحب وتخبطها .

إن الإحباط في الحب لدى الاكتئابي لا يقتصر إذن على ما يتلقى منه بل لا يقل عن ذلك خطورة عدم القدرة على إعطائه ، ولدى بعض الاكتئابيين فإن في ذلك عذاباً عظيماً ؛ فالليبيدو ( أي طاقة الحب ) عندما يصبح شاغراً متعطلاً سواء كان ذلك بسبب فقدان الموضوع أو لأن الموضوع أصبح غير خليق بالحب أو كان حب الاكتئابي حباً عاجزاً أو غير معترف به فإن الاكتئابي يخشى ألا يستشعر غير الكراهية وبالتالي يصبح عاطلاً عن الطيبة والخير ، ومن هذا المنظور يبدو الاكتئاب وكأنه الوسيلة القصوى اليائسة للاحتفاظ ببعض دفعات الحب والقدرة على الحب من جديد .

وهذا المنظور يفسر لنا بعض المفارقات في المواقف المثيرة للاكتئاب مثل الاكتئاب الذي يحدث بعد إحراز نجاح أو إنجاز ما تقتضيه المسؤليات ، وليس من شك أن المازوخية عامل هام ، تلك المازوخية التي تتضمن شعوراً بالإثم يفرض الفشل ويعاقب على النجاح ، ولكن المازوخية ليست العامل الوحيد ، ذلك أن النجاح إذ يحقق استقلالاً وارتفاعاً يبدو للاكتئابي وكأنه مكافيء لانقطاع رباط مع شخص أو أشخاص كانوا في نظر الاكتئابي السند والعون والعطف يقتات الاكتئابي بها ويرسي كيانه عليها ، وكذلك نعلم أن الاكتئاب قد يندلع عندما يضطر الاكتئابي أن يتخذ قراراً بالانفصال عن موضوعه الأساسي وهو الأم أو بديلها كأن يقدم على الزواج أو على اتخاذ موقف مستقل أو عند الإنجاب ، وفي هذه الحالات يحل الموقف لدى الأسوياء عن طريق التوحد بالنموذج الأبوي الناضج ، غير أن التوحد السوي غير متاح للاكتئابي لما يتضمنه الانفصال عن المتوحد به ، ومن هنا يعمد الاكتئابي إلى ميكانيزمات توحد مرضية .

ولننظر الآن في الاكتئاب وقد تم تكوينه ، بدلاً من حالة الالتحام بين الدفعات المتناقضة صوب شخص الموضوع وصورته يقوم المكتئب بنوع من التسوية أو المصالحة بين الحب والكراهية ، ويحاول أن يتلافى توجيه عدوانه نحو الموضوع الذي يريد الحفاظ عليه ، والاكتئاب بذاته يقوم لديه بهذه الوظيفة ذلك أنه لما كان عاجزاً عن التوحد السوي فإنه يقوم باستدماج الموضوع استدماجاً عدوانياً ، أما قدرة الموضوع العقابية فإنها تستدمج في الأنا الأعلى الذي يصبح صارماً صرامة بلا حدود .

وفي مستوى الدفعات الغريزية يتكون الاكتئاب من تحول علاقة حب وثيقة إلى علاقة عدوانية يصبح المريض ضحيتها بارتداد العدوان عليه ، وعلى الموضوع القابع بين جوانحه ، ذلك أن الاكتئابي لا يسعه أن يكف عن أن يحب وأن يكون

محبوباً دون أن يفيض به العدوان ويستشعر الذنب والتهديد ، وينبغي أن نلاحظ أنه بعذابه الأليم يحاول أن يظل مرتبطاً بموضوعه وأن يربطه به ، وكذلك يحاول بذلك العذاب ومشاعر الذنب أن يطلب الغفران والشفقة من الموضوع ، فلعله يرضى ويعود فيستجيب بحبه مرة أخرى .

وهذه الأساليب المازوخية التي نألفها في مواطن مرضية أخرى إنما هي أشبه شيء بمحاولات لبلوغ الأماني في مركب الشقاء ، والظفر بالنصر في موكب الهزيمة ، ولكن إذا كانت هذه الأساليب قد تنجح لدى المازوخي غير المكتئب فهي قلما تنجح لدى المكتئب لأن رغباته في تلقي الحب قاطعة ملزمة تشوبها عدوانية عنيفة في طلب الحب تعكر صفوه وتجعله مصدر شعور بالذنب فيحرم على نفسه الاستمتاع به وإشباع حاجته منه .

غير أن العلاقة النابية بين المكتئب وموضوعه تجري أكثر ما يجري على المسرح الداخلي بين الأنا المغلوب على أمره وبين الأنا الأعلى الذي امتص كل العدوان المتفجر الذي يوجهه إلى الأنا الذي استدمج الشطر المكروه من الموضوع ، وينبغي الإشارة إلى أن الأنا الأعلى يستدمج كل ما كان يراه الاكتئابي في موضوعه من قدرة وصرامة وجبروت ويتشبث بها المكتئب لأنها مصدر اطمئنان ومبعث حماية له .

وإذا كان المكتئب يصرخ بتأنيب الذات الذي يبلغ ذروته في الميلانخوليا حتى يخفف بذلك من أحاسيس الإثم اللاشعورية إلا أن هذا الصراخ من ألم العذاب إنما هو اتهام يوجهه إلى الموضوع ، إنه ينغمس في العذاب محاولاً أن يجر معه الموضوع ، وبعبارة أخرى فإن المكتئب يعذب محبوبه بعذابه ، ويفرغ في نهاية الأمر بطريقة ملتوية حنقه وعدوانه عليه ، غير أن المكتئب وهو شخص لم يتم تفاضله تفاضلاً تاماً عن موضوعه لا يكاد يؤذي موضوعه أو يهم بإيذائه حتى ينصب نفس الأذى على ذاته وبذلك تصح بالقياس إليه جملة هيجل المشهورة " إذا ضربت فنفسك تضرب " .

بقيت كلمة أخيرة عن علاقة الاكتئابي بموضوعه ، وأول ما يميز الاكتئابي حساسيته البالغة الإحباط الذي يتخذ لديه شكل الوجيعة النرجسية narcissistic mortification فنراه يستشعر كل خيبة أمل وكأنها جرح نرجسي ؛ أي أن كل خيبة أمل تستشعر فقداناً ، ونرى هذه السمة ذات الأصول الفمية تأخذ طريقها حتى الموقف الأوديبي الذي يعيش الفرد خبرته على نحو اكتئابي وبالتالي كل خبراته التالية . والواقع أنه ليس للمكتئب إلا موضوعات قليلة وهي ليست إلا

صور متكررة للموضوع الأول أعني الأم وقد لا يكون له غير موضوع واحد وعندئذ لا يتوقع شيئاً من أحد غيره ، وهو يتوقع أن يأخذ ولا يعرف العطاء إلا قليلاً وهو يرى نفسه تحت رحمة الموضوع ويضع نفسه تحتها، ويأمل بذلك أن يقيده إليه ويستدر عطاءه ويحمله مسؤليته أما رغباته فهي لا تشبع ولا تقنع وهو يقامر في تعامله مع الموضوع آملاً أن يكسب كل شيء موقناً مع ذلك في قرارة نفسه بأنه سيخسر كل شيء ونجد لديه نصراً مريراً عندما يكتشف أن الموضوع لم يمنحه كل ما كان يتوقع منه فإذا لم يتلق كل شيء فهو لا شيء ومطالبه لا يبديها مباشرة وصراحة إنما يتوقع أن يفطن إليها الموضوع من تلقاء نفسه . هذه المطالب فادحة وعينية ، إنها فادحة لأنها لا حدود لها ومن ثم فهي غير قابلة للإشباع ، وهي عينية من حيث أنها لا بد أن تتجدد بالفعل وتزيد دوماً إذ ليس ثمة ما يرضي الاكتئابي فيقتنع أو ما يقوم دليلاً حاسماً على أنه موضع للحب .

والاكتئابي لصيق بموضوعه لا يقوى على الوحدة بنفسه ولما لم يكن باستطاعته القيام باستدماج صحيح للموضوع الأول ( الأم ) مانحة شرعية الوجود فلا قدرة له على المبعدة ولا على تقدير ذاته دون الحضور الفعلي للموضوع الذي عليه أن يغرقه بعبارات المحبة والترحيب والثناء ، وهكذا فإن كلمة من الموضوع قد ترفعه إلى السماء وأخرى قد تهبط به إلى الحضيض .

أما صورة الموضوع لدى الاكتئابي فهي إما كاملة الروعة أو كاملة السوء ، وهو يكافح ثنائيته نحو الموضوع بأن يشطر صورته شطرين أحدهما صورة مثالية من الكمال ، والآخر صورته الواقعية التي تشتد نقمته عليها بقدر بعدها عن الصورة المثالية ، وفي هذه الصورة المثالية نجد في حقيقة الأمر اتجاهاً عدوانياً يحمل الإلزام بما لاطاقة للموضوع به .

إن الاكتئابي لا يقيم وزناً لشخصية موضوعه في استقلالها وحاجاتها الذاتية ومطالبها المشروعة ، وهو يصر في عناد على ألا يرى موضوعه بصفاته المميزة وكيانه المستقل وكأنه كائن غير مسمى يقوم بوظيفة أساسية واحدة هي أن يزوده بمعين نرجسي لا ينضب ، وتبلغ مأساة الاكتئابي ذروتها عندما يشتد به العذاب وتصبح الحياة أزمة كراهية لاتحتمل يتصدع منها الكيان ويأخذه اليأس من رباط الحب فلا يرى خلاصاً إلا في الموت لموضوعه المستدمج ولذاته معاً مثله في ذلك مثل شمشون في صيحته الأخيرة " ( مصطفى زيور ١٩٧٥ ) .

وباختصار فقد رأى فرويد أن المعاناة النفسية ترجع إلى صراعات داخلية لا يكون الشخص واعياً بها من الوجهة الشعورية بسبب العديد من ميكانيزمات

الدفاع ، وفي الغالب ترجع الصراعات النفسية إلى الطفولة والخبرات الجنسية الباكرة ، ومن خلال التحليل النفسي يمكن للشخص أن يصبح واعياً بتلك الصراعات .

ومن ثم فإن رؤية فرويد للمرض النفسي هي رؤية نفسية ، وقد ركز فرويد بصفة أساسية على طاقة الهو وكيفية تصريف أو تحويل تلك الطاقة ، فإذا أخذنا في اعتبارنا أن المجتمع في عصر فرويد كان يتسم بالكبت الجنسي نرى كيف كانت أفكاره راديكالية متحررة ، ولقد أصبحت أفكار فرويد الآن جزءاً من الموروث الثقافي للمجتمع الغربي ، وهي توجهه بطريقة تفكيره في طبيعة الشخصية الإنسانية والمعاناة النفسية .

وحين نتحدث عن الممارسة العلاجية نجد أن فرويد قد رأى أن دور المحلل النفسي هو كشف الصراعات اللاشعورية التي تؤدي إلى شعور الفرد بالمعاناة النفسية وإخراج المادة اللاشعورية إلى حيز الوعي الشعوري وإعادة تركيب المادة المكبوتة وتكاملها في البناء الكلي للشخصية . ويرى فرويد أن مجرد علاج العرض ليس كافياً للشفاء فإذا لم يتم حل الصراع الكامن سيظهر عرض آخر فيما يسمى باستبدال العرض symptom substitution إن العميل أو المحلَل analysand بالاصطلاح التحليلي ينبغي أن يصل إلى الاستبصار insight ولكي يصل إليه على المحلل أن يشجعه على التعبير الحر والصريح وأن يعبر عما يرد إلى ذهنه ويتخلى عن تقاليد المحادثة العادية ، وأن يكون صريحاً تماماً ويخبر القائم بالتحليل بما يرد إلى ذهنه .

و *التداعي الطليق هو* القاعدة الأساسية التي انطلق منها التحليل النفسي بعد حقبةالتنويم المغناطيسي والتي من خلالها اكتشف فرويد أن الإنسان يعرف ولكنه لا يعرف أنه يعرف ، وقد قصد فرويد بالتداعي الطليق أن يقول المريض كل شيء بتلقائية دون انتقاء أو تعمد مهما كان تافهاً أو مستهجناً ويستمع المحلل النفسي إليه سعياً وراء مفاتيح أو إلماحات وإشارات تدل على ما يحدث داخل الشخص ، ولدى المحلل هنا ثلاث أدوات رئيسة هي المواجهة confrontation والتفسيرinterpretation وإعادة البناء أو إعادة التركيب reconstruction وباستخدام تلك الفنيات وفي بيئة تتسم بالأمن والأمان يوجه المحلل النفسي الشخص إلى أن يخبر مرة أخرى تلك الرغبات والمشاعر المكبوتة التي تم إحباطها في الطفولة .

والمواجهة تعني أن يعكس mirror المحلل النفسي للشخص ما يكشف عنه من خلال ما يقوله كأنه مرآة كأن يقول له " إنك الآن تتكر غضبك . والتفسير يعني أن يوضح المحلل النفسي للشخص الدوافع اللاشعورية الكامنة وراء سلوكه ويفسرها له ، وهي دوافع ترتبط في الغالب بالخبرة الماضية مثل " إنك الآن تتكر غضبك لأنني أذكرك بوالدك ، ولو أنك عبرت عن ذلك الغضب فإنك تخاف من أن تفقد حب والدك الذي تسعى للحصول عليه بشدة " . وتكشف إعادة البناء طبيعة تلك الخبرات الماضية مثل " إنك حين شعرت بالغضب وأنت طفل أهملك والدك وأدار لك ظهره " .

وباستخدام الأدوات السابقة يبحث المحلل عن المقاومة resistance لدى الشخص ، وهي تحدث حين يشعر الشخص في الخبرة التحليلية بعرقلة block في التداعي الطليق ، أو يغير الموضوع الذي كان يتحدث فيه ليتجنب موضوعاً مؤلماً ، وعلى سبيل المثال قد يكون الشخص في وسط الحديث عن طفولته وفجأة يغير الموضوع إلى حدث تافه حصل في العمل في اليوم السابق .

ويسعى المحلل النفسي أيضاً إلى معرفة الطرح والتحويل transference وهو عملية تتحقق بها الرغبات اللاشعورية في خبرة نعيش فيها إزاء فرد بعينه أو أفراد بعينهم وذلك في إطار نمط معين من العلاقة الوجدانية التي تقوم بين الفرد الذي يعيش هذه الخبرة والفرد موضوعها وبخاصة العلاقة الوجدانية التي تقوم أثناء العلاج بالتحليل النفسي حيث يستشعر المريض انفعالات معينة نحو المحلل النفسي ويحدث الطرح حين يتصرف المريض مع المحلل النفسي أو يشعر نحوه كما لو كان شخصاً مهماً في طفولته ، وهكذا يجلس المحلل النفسي في التحليل التقليدي خلف المريض في الوقت الذي يكون فيه المريض مستلقياً على أريكة وذلك حتى يحافظ المحلل النفسي على الحيدة neutrality وعدم التورط أو الاندماج مع المريض ، وأن يكون المحلل النفسي بمثابة شاشة سوداء black screen عليها يتمكن المريض من أن يعبر بحرية عن كل ما يرد إلى ذهنه والمهم أن ذلك يشجع الطرح والتحويل أيضاً ، ويحول المريض المشاعر التي يكنها نحوشخص ما في حياته إلى المحلل النفسي ويطرحها عليه مما يزيد الاستبصار . والفكرة من ذلك هي أن المحلل النفسي هو شكل أو شخص ضبابي shadowy figure يجلس خلف المريض ويصبح بؤرة ومركزاً يطرح عليه المريض أفكاره ومشاعره ، وعلى سبيل المثال فإن الشخص الذي كان والداه

رافضين وشديدي الالحاح في مطالبهما سيتعامل مع المحلل كما لو كان رافضاً وشديد الإلحاح في مطالبه .

وحين يرى المحلل النفسي هذا الطرح السلبي فإنه يشجع المريض عليه ويستكشفه ويسبر غوره معه ، ومن المعروف عامة أن الطرح والتحويل يحدث في بيئة العلاجات النفسية الأخرى ، ولكن في السياق السيكودينامي يشجعه المحلل النفسي ويجعله مركزاً للاستكشاف .

وهناك وسيلة أخرى يستخدمها المحلل النفسي وهي فحص الهفوات حيث أن المادة اللاشعورية تتسلل في بعض الأحيان خارجة في شكل هفوة لسان أو فعل عرضي .

وهناك مظهر آخر شديد الأهمية من مظاهر التحليل النفسي وهو التركيز على الأحلام ولقد اعتقد فرويد أن العمليات الدفاعية تنخفض فاعليتها أثناء النوم ، ومن ثم يستخدم المحلل النفسي الأحلام في الكشف عن عمل اللاشعور ، وقد ميز فرويد بين المحتوى الظاهر والمحتوى الكامن للحلم والمحتوى الظاهر هو ما يتذكره الفرد من الحلم شعورياً أما المحتوى الكامن فهو المعنى الرمزي الذي يصل إليه المحلل النفسي من خلال فهم المحتوى الكامن .

ويرى فرويد أن الرغبات اللاشعورية يتم التعبير عنها من خلال الأحلام ، ولكن تلك الرغبات تكون في الغالب باعثة على التهديد للشخص ومؤلمة لذا يتم التعبير عنها بصورة رمزية . ويعمل المحللون النفسيون والمعالجون السيكوديناميون بافتراض أننا من خلال فهمنا للأحلام نصل إلى معرفة رغباتنا ومخاوفنا اللاشعورية لذا يهتم المحلل النفسي بتفسير الأحلام ويعتبر التداعي الطليق أحد الفنيات المستخدمة لكشف المحتوى الكامن للحلم .

والتحليل النفسي هو عملية طويلة المدة وتستغرق الكثير من الوقت وتتطلب جلسات عديدة كل أسبوع لعدة سنوات من أجل إحداث تغييرات عميقة في الشخصية ولهذا السبب فهو غير عملي ومرتفع التكلفة بالنسبة لمعظم الناس ومع ذلك ظلت بعض المفاهيم المشتقة من الأفكار التحليلية شائعة بين المعالجين النفسيين من مختلف التوجهات العلاجية فإن فهم استخدام العميل للعمليات الدفاعية أمر مهم لدى المعالجين من مجموعة متنوعة كبيرة من التوجهات العلاجية ، ولكن المفهوم التحليلي الذي يحظى بمعظم الاهتمام هو الطرح والتحويل ، وعلى الرغم من أن بعض المعالجين فقط هم الذين يستخدمونه إلا أنهم جميعاً يعرفون أن الماضي يكرر نفسه في الحاضر .

## بوبر ومفهوم الدحض Popper and the concept of Falsification :-

لقد تحدثنا من قبل عن دور البحث العلمي وكيف أن البحث التقليدي يتطلب من الباحث القيام بعمليات تجعل ما افترضه قابلاً للقياس بطريقة ما ، ولكن لازال هناك المزيد ، ويزودنا عمل فرويد بفرصة للحديث عن الاختبار العلمي للفروض والفروض هي التعميمات التي يحاول الباحث أن يتحقق من صحتها ليتخذها وسيلة لفهم وتفسير الظاهرة المدروسة ، وهي تنبؤات يربط بها الباحث بين المشكلة المدروسة وبين بعض العوامل المرتبطة بها والمسببة لها .

وينبغي للباحث عند صياغة فروض بحثه أن يراعي ما يلي :-

- أن تكون الفروض واضحة وخالية من التناقض .
- أن تكون الفروض مصاغة بإيجاز .
- أن تكون الفروض قابلة للاختبار والتحقق باستخدام الملاحظة والقياس والتجريب .
- أن يربط الباحث بين فروضه وبين النظريات العلمية المتوافرة والتي تفسر الظواهر التي تقع في نطاقها .
- أن يلجأ الباحث إلى وضع فروض متعددة بدلاً من فرض واحد ( رزق سند ٢٠٠٢ ص ٧٤ )

وما فعله فرويد هو أنه قام بملاحظة المرضى في بيئة كلينيكية ثم وضع أفكار نظريته عن كيفية عمل القوى اللاشعورية وإحداثها للاضطرابات ثم قام بسلسلة من الملاحظات الإضافية على المرضى الذين بدا أنهم يناسبون النمط المتوقع ثم قرر أن هناك دعماً علمياً لنظرياته ، ولكن هناك مشكلة أساسية في هذا الأسلوب وهي أنه يفتقر إلى الأساس المنطقي فإنك إذا لاحظت شيئاً يحدث عشر مرات فإن ذلك لا يعني أنه سيحدث ثانية في المرة الحادية عشرة ، ومعنى ذلك أنه ليس من الممكن منطقياً أن نتثبت من صحة النظرية ونتحقق منها ، والعلم الحديث يقوم على مفهوم الدحض Falsification الذي طوره بوبر Popper .

لقد رأى بوبر أن الفروض ينبغي أن تصاغ بطريقة تجعلها قابلة للدحض أو التفنيد refutation وأن العلم ينبغي أن يقوم بعمل استدلالات واضحة يمكن إثبات

زيفها ، ومثال ذلك لو زعم شخص أن كل البجعات بيضاء يلزمنا فقط أن نجد بجعة واحدة سوداء كي نتمكن من دحض ذلك الزعم بغض النظر عن عدد البجعات البيضاء التي رآها ، وما يحاول العلماء فعله هو إيجاد البجعة السوداء وما فعله فرويد هو أنه وجد الكثير من البجعات البيضاء ، وهذا هو ما قصده نقاد فرويد حين قالوا إن عمله لم يكن علمياً .

ولكن هناك دراسات مختلفة حول العالم تبين أن هناك بعض الاستدلالات الفرويدية التي أمكن اختبارها اختباراً علمياً منها على سبيل المثال العلاقة بين ممارسات التدريب على الإخراج toilet training practices وبين نمو الشخصية مثل أن الأطفال الذين يتم فطامهم مبكراً تنمو لديهم شخصيات أكثر وسواسية .

وهناك نقد آخر لفرويد هو أنه على الرغم من أن صياغاته النظرية تخبرنا عن الطبيعة البشرية على وجه العموم إلا أن ملاحظاته كانت قاصرة إلى حد كبير على نساء فيينا من الطبقة المتوسطة من عمر ٢٠ – ٤٠ عاماً . ويرى بعض الباحثين أن الكثير من أفكار فرويد لا يمكن إخضاعها للبحث العلمي ( فيشر وجرينبرج ١٩٩٦ Fisher & Greenberg ) .

ويرى سذرلاند ١٩٩٨ Sutherland أن أفكار فرويد على وجه العموم شديدة المرونة وغير دقيقة مما يصعب الاقتناع بتفسيراته التفصيلية ويتضح ذلك حين ننظر إلى المرحلة القضيبية التي وصفها فرويد من الواضح أنه من غير الممكن أن نختبر هذه الأفكار باستخدام المنهج العلمي ونستطيع أن نرى لماذا يشير البعض إلى تلك الأفكار على أنها مجرد قصص أسطورية .

ولكن هل يبدو من غير المحتمل أن يكون لدى الطفل مثل تلك الأفكار المعقدة عن الجنس ؟ إن الفكرة إذا لم يكن من الممكن اختبارها علمياً فإن ذلك لا يعني أنها غير صحيحة ، ولكن من غير المتاح لنا أن نقدم دليلاً يدعمها ، ولقد كان الدليل الذي قدمه فرويد مستمداً من الأحلام ، والمستدعيات الطليقة التي أدلى بها مرضاه ، وعلى أية حال ينبغي لنا أن نقول إنه على الزغم من أن فرويد حاول أن يلخص لنا بعض المباديء الاستدلالية العامة التي تنطبق على السلوك البشري إلا أن عمله كان متعلقاً بالخبرات الشخصية المعقدة التي لا تخضع للبحث التجريبي ولكننا إذا استبعدنا فرويد لأن عمله لا يفي بالمعايير الخاصة بالبحث العلمي والمشتقة من العلوم الفيزيقية ؛ فإننا بذلك نكون قد أسأنا فهمه وأسأنا فهم أهمية أسلوبه في الدراسة .

ونقدم على سبيل المثال ما قاله جيرالد س. بلوم ( ١٩٩٥ ) في هذا الصدد :-

إن التأثير الشائع للقوى العقلية اللاشعورية في توجيه السلوك مسألة مؤكدة لدى معظم الأطباء النفسيين ، وعلماء النفس الكلينيكيين ، والاخصائيين الاجتماعيين السيكاتريين ، ولكن بعض الكلينيكيين شديدوا الصرامة في معارضتهم للقضايا التحليلية ويدعونا ذلك إلى التقييم النزيه غير المتحيز للمفاهيم السيكودينامية من خلال الاختبارات التي تم إجراؤها علمياً وبشكل مستقل عن الموقف الكلينيكي .

إن النظريات تتطلب بيانات علمية لتدعمها ، والنظريات التحليلية ليست استثناء وعلى آية حال هناك تعارض واختلاف فيما يتعلق بالدليل المقبول ، ويرى المحللون النفسيون عامة أن المبادىء الدينامية يمكن دراستها بشكل له معنى من خلال سياق المقابلة التحليلية ذاتها أي من خلال استجابات المرضى الذين يمرون بالعلاج النفسي وباستخدام التداعي الطليق للمرضى وتحليل الأحلام يحاول المحلل أن يعيد بناء النشاطات الداخلية لعقل المريض . وتعتبر دراسة الحالة الكلينيكية المنهج التقليدي لتنمية وتوسيع وامتداد النظرية التحليلية النفسية ، وقد اعتمد فرويد نفسه على ذلك الأسلوب بشكل مكثف .

ولكن ذلك الأسلوب يواجه مشكلات واضحة فإن المحلل النفسي على الرغم من جهوده التي يبذلها لكي يظل موضوعياً لا يمكن اعتباره ملاحظاً محايداً بالفعل حيث أن تدريبه المهني والذي يتضمن التحليل النفسي الشخصي والإشراف المركز على بداية جهوده العلاجية يستغرقه إلى حد الالتزام العميق بالنظرية والمحلل النفسي لديه مدى كبير من الحرية في الخروج باستدلالات فيما يتعلق بالدلالة الكامنة لتعبيرات المريض مما يؤدي إلى تحيز القائم بالتفسير interpreter bias والذي يمكن أن يحدث على المستوى اللاشعوري .

ومما يزيد من تعقيد الصورة احتمال حدوث تحيز لدى المريض patient bias فهناك ميل واضح لدى المرضى المسايرين الذين يسعون إلى نيل رضا المعالج يجعلهم ينتجون مادة لاشعورية تتماشى مع التوقع النظري ، وقد يكتسب المريض المعلومات المتحيزة من معرفته السابقة بالأفكار التحليلية ، أو من خلال التقاط لمحات دقيقة من سلوك المحلل أثناء جلسات التحليل ، وبالمثل فإن نجاح العلاج لا يمكن أن نعتبره صدقاً للنظرية التي توجه تفسيرات المحلل النفسي .

إن العوامل العديدة التي تدخل في تفاعلات المعالج مع المريض تميل إلى أن تحجب الدور الذي يلعبه أي اتجاه نظري ، وحتى لو كان من الممكن أن نعزل ذلك الدور لا توجد معايير مقبولة عالمياً لتقييم مدى نجاح أو فشل العلاج حيث أن

الأهداف تختلف بشكل كبير من حالة إلى أخرى ، ولا تستطيع كل إحصاءات اليوم بكل صرامتها وتنوعها أن تبين بشكل مقنع تفوق منهج علاجي على المناهج الأخرى ، وحين نفكر في تلك التعقيدات نجد أن سياق العلاج لا يمكن اعتباره أرضية تثبت المفاهيم السيكوديتامية بشكل مقنع ، ولا يعني هذا أن ننكر الدور الضروري الذي لعبه سياق العلاج في تكوين الفروض الأساسية للنظرية .

كيف إذن يستطيع الفرد أن يحصل على دليل كاف ؟

إن الإخصائي الكلينيكي لديه سبب مقنع لأن يُكَذِب كل تجارب الحيوان في مجال الديناميات النفسية سواء كانت مع النظرية أو ضدها على أساس أنها مصطنعة ومفرطة في التبسيط ذلك أن الفأر الأبيض يبدو غير مناسب كمبحوث في دراسة العمليات اللاشعورية المعقدة كما أن التجارب التي أجريت على البشر تكون أحياناً ساذجة في صياغتها وعلى سبيل المثال حاول باحث ذات مرة أن يختبر عقدة أوديب ويقيسها وذلك بأن طلب من أفراد عينة بحثه أن يحددوا مدى ارتباطهم بكل والد من الوالدين على مقياس من خمس نقاط ، وبعد أن حسب الدرجات قرر أن تلك النظرية لم تثبت علمياً . إن تلك الصراعات الأوديبية إذا كانت موجودة لدى المبحوثين فمن المحتمل أنهم لن يستطيعوا فجأة أن يحرروا أنفسهم من التشويه اللاشعوري ويستجيبوا بأسلوب يكشفوا فيه عن مشاعرهم ويبوحوا بها ، ومن الممكن على آية حال أن يتم إجراء بحث معملي أكثر إحكاماً على البشر ، وهناك العديد من الأمثلة التوضيحية على ذلك ، وهناك أسلوب آخر شائع هو الأسلوب عبر الحضاري ، ولقد تم سبر غور العلاقة بين تدريبات الطفولة الباكرة وبين شخصية الراشد في عديد من الثقافات باستخدام الملاحظة والمقابلة التي كانت تتدعم أحياناً باستخدام الاختبارات النفسية وعلى الرغم من أن التقارير البحثية كانت مثيرة للاهتمام في كثير من الأحيان إلا أن الوسائل نفسها تثير مشكلات مثل جمع بيانات غير موضوعية وغيرمنظمة ، إلى جانب تحيز الباحث في تفسير البيانات التي تم الحصول عليها واستعداده لوصف أنماط ثقافية عامة بلا مبرر هذا إلى جانب التبسيط المخل ومحاولة اختزال البيانات المعقدة .

ولقد تمت الإشارة إلى عديد من دراسات الملاحظة التي أجريت على الأطفال في المجتمع الغربي ، ولكنها تنفتح لاتهامات مماثلة تدور حول عدم كفاية الضبط العلمي للإجراءات البحثية ، ويرى أنصار هذا الأسلوب ، ولديهم ما يبرر موقفهم أن تلك المواقف التي تسمح بالفحص الدقيق لثراء التفاعل البشري تستحق بالضرورة أن نضحي بالوسائل الدقيقة ؛ ويعتبر اختبار رورشاخ Rorschach

Technique الاختبار النفسي الأكثر شيوعاً من حيث الاستخدام في البحوث عبر الحضارية ، وفيه يصف المبحوثون إدراكاتهم لسلسلة من بقع الحبر يصل عددها إلى عشر ، ويفترض أن المنهج الإسقاطي قادر على كشف الديناميات الداخلية للمفسر الماهر الذي يكون مهيئاً لتلك المهمة بشكل مثالي ، ولكن هناك حدود لذلك أيضاً فإن الطبيعة الاستدلالية الشديدة لتفسير استجابات المبحوثين للاختبار مع وجود فرصة للمبحوثين المراوغين لتقديم استجابات نمطية عقيمة كل ذلك يقيد من إمكانية تطبيق تلك الأدوات في قياس الفروض النفسية الدينامية قياساً منظماً . ولقد قام بلوم ومعاونوه بإجراء مجموعة متنوعة من المحاولات البحثية في مجال الديناميات النفسية لتجنب أخطاء التبسيط المفرط للمفاهيم وتجنب عدم دقة المنهج من ناحية أخرى " .

## *وجهات النظر التحليلية الأخرى*

لقد استمر فرويد يمارس تأثيراً نظرياً قوياً من خلال كتاباته بوصفه مؤسس حركة التحليل النفسي والقوة الموجهة لها ، ثم كان كارل يونج وألفرد أدلر وأوتو رانك أوائل المنشقين عن الموقف التحليلي التقليدي لأسباب عديدة ، ثم تبعهم مجموعة الفرويديين الجدد الذين اعترضوا على الاتجاه البيولوجي لنظرية الليبيدو وتحولوا عنها إلى التفسيرات الثقافية والتفسيرات بين الشخصية للسلوك ، ثم تبعهم من يطلق عليهم اسم علماء سيكولوجية الأنا الذين اهتموا بالأنا بوصفه قوة تشكيل وقولبة الشخصية بصفة أساسية ، وسوف نناقش آراء تلك المدارس بإيجاز فيما يلي :-

## *يونج و علم النفس التحليلي Jung and Analytical Psychology*

لقد التقى فرويد ويونج عام ١٩٠٧ لأول مرة وسرعان ما صارا صديقين وتعاونا في تنمية الحركة التحليلية ، وقد رأى فرويد في يونج خلفاً له كرائد للتحليل النفسي ، وأصبح يونج أول رئيس لجمعية التحليل النفسي الدولية International Psychoanalytical Society وبعد ذلك رأى يونج أن فرويد لديه أفكار مسيطرة ورفض فكرة أن يصبح خلفاً له يعمل على تطوير تلك الأفكار فقد كانت لدى يونج أفكاره الخاصة ، وفي عام ١٩١٤ انتهت الصداقة والتعاون واستقال يونج من رئاسة الجمعية التحليلية الدولية .

لقد قسم يونج اللاشعور إلى جزئين هما اللاشعور الشخصي personal واللاشعور الجمعي collective ، ويحتوي اللاشعور الشخصي على الذكريات

المنسية والأفكار المؤلمة المقموعة ، والأفكار التي لم تنضج بعد وتختمر للشعور وقد رأى يونج أن الأفكار والذكريات السلبية والإيجابية تنفى إلى اللاشعور .

أما اللاشعور الجمعي فيشير إلى الإرث السلالي للذكريات المهمة ( الطرز الأولية Archetypes ) التي تنتقل من جيل إلى الجيل الذي يليه ، وهذه الصور تكتشف من خلال التفسير الرمزي للأحلام والأساطير والخرافات ؛ إن صورة الأم مثلاً هي طراز أولي ينظر إليها عامة من خلال ارتباطها بالأرض المعطاء والمأوى الدافيء والكهف المليء بالحماية والبقرة الحلوب . أما الطراز الأولي للأب فيدل من ناحية أخرى على القدرة والقوة والسلطة وهو يرتبط بتخييل الرياح والعواصف والمعارك والحيوانات الغاضبة الثائرة ، ويحتوي اللاشعور الجمعي على حكمة الشعوب وهو يعمل كمرشد وهادٍ للنمو البشري .

ووفقاً ليونج توجد أربع وظائف نفسية أساسية وهي التفكير والشعور والإحساس والحدس ، وكل شخص يستخدم هذه الوظائف الأربع بدرجات متباينة ، ولكنه يميل إلى توكيد وظيفة معينة :-

ويشير نمط التفكير Thinking إلى التفكير النشط والمنطقي والموجه وهو يميز نمط الشخص الذي يواجه كل موقف بأسلوب منطقي مستقل وهاديء ، ويعطي نمط الشعور أو الوجدان Feeling للتفكير دوراً أقل وفيه يتم التوكيد على الأسلوب الذاتي المحمل بالقيمة ، أما نمط الإحساس Sensation فهو ضعيف في الحدس وسريع في إدراك كل ما ينقل إليه مباشرة من خلال الحواس ، ويكون النمط الحدسي Intuitive أقل في الإحساس ولكنه نشط إلى حد كبير في إدراك احتمالات الموقف .

ويرى يونج أن الوظائف الشعورية للرجال هي التفكير والإحساس أما الوجدان والحدس فيظلان لاشعوريين ، ويسود الوجدان والحدس لدى النساء ، ويظل التفكير والإحساس لاشعوريين ، ويسمى الجانب الأنثوي المكبوت من الرجل الأنيما Anima أما الجانب الذكري المكبوت من المرأة فيسمى الأنيموس Animus .

ويصنف يونج الناس إلى اتجاهين عامين في النظر إلى العالم فهناك المنبسطون وهناك المنطوون وكل شخص يكون لديه كلا الميلين ، ولكن يسود سلوكه اتجاه واحد ، ويعيش المنبسط وفقاً للضرورات الخارجية ، ويركز انتباهه واهتمامه على البيئة المباشرة ، وتحتل متطلبات المجتمع لديه مكانة عليا . أما المنطوي فيكون دفاعياً ضد العالم الخارجي ، ويؤكد قيمه الذاتية الخاصة ، ويزيد من تعقيد

هذا التصنيف حقيقة أن الاتجاه الشعوري لدى الشخص يتعايش بصورة تعويضية مع الاتجاه اللاشعوري المضاد ، وينشأ الصراع بفعل قوى في اللاشعور الجمعي حين تتجرد الميول اللاشعورية من طبيعتها التعويضية ، وهكذا قد ينتهي الشخص المنبسط دون اهتمامات ولا يعرف ماذا يريد بالفعل في حين يصبح الشغل الشاغل للمنطوي هو التماس حب الآخرين في بيئته .

وهناك مفهوم آخر لدى يونج هو القناع Persona والذي يشير إلى الدور الذي يلعبه الفرد في المجتمع حيث يتعلم الفرد أن يتصرف في تناغم مع ما يتوقعه منه المجتمع ، وكل مهنة لها قناع يميزها ويميل كل من ينتمي إليها إلى ارتدائه والقناع يشكل وجه الفرد ويبين للعالم ماهو ؛ لذا فهو يعمل كنوع من الحماية للرجل الداخلي والذي ليس من المرغوب أن ينكشف ، والشخص المتكامل على وجه العموم تتوازن لديه الخصائص الشعورية مع الخصائص اللاشعورية .

***الفرد أدلر Alfred Adler***

كان أدلر شريكاً آخر من شركاء فرويد ورئيساً لجمعية فيينا التحليلية ، وقد حدثت صراعات بين فرويد وأدلر بسبب النظرية ؛ حيث انتقد أدلر توكيد فرويد على الجنس ، وانتقد فرويد توكيد أدلر على العمليات الشعورية .

لقد أكد أدلر على وجهة نظر مؤداها أن مشاعر الدونية موجودة لدى البشر جميعاً وهي أمر أساسي لنمو الشخصية فإن الطفل يشعر حتماً بالدونية بالنسبة للبالغين من حوله ، وذلك بسبب حجمه وعجزه ، ويؤكد الوالدان هذه الاستجابة أحياناً بأن يهملا الطفل أو يسخرا منه أو يحرماه من الحنان ، ويعتبر دور الأم حاسماً لأنها إذا عاملت الطفل باستخفاف ولامبالاة ، أو دللته وحمته حماية زائدة فإنها تعوق اكتسابه للمهارات الاجتماعية .

وقد وصف أدلر عقدة أوديب بأنها نتيجة غير طبيعية من نتائج إفراط الأم في تدليلها لأبنائها ، وأن التركيبة الأسرية يمكن أن تزيد من حدة مشاعر الدونية فالطفل الوحيد الذي أفسده والداه بالتدليل يخصص باقي حياته لمحاولة استعادة موقعه الأثير ، أما الطفل الأكبر الذي احتل مكانه طفل آخر فكثيراً ما يعوقه تخليه عن السلطة عن استخدام قدراته استخداماً فعالاً ويظل الطفل الثاني تحت ظلال أخيه الأكبر يسعى دوماً إلى أن يدركه ويتخطاه أما أصغر الأبناء فقد ينكمش متجنباً التنافس مع الآخرين .

وبالإضافة إلى ذلك فإن نواحي القصور البدنية تزيد من حدة استجابة الدونية ولتخفيف الشعور بالدونية يبحث الفرد لاشعورياً عن التعويض في شكل فرض سلطته على الآخرين ، وفي ذلك السعي يكون الفرد لنفسه أسلوباً خاصاً في الحياة تكمن أصوله بوضوح في الطفولة الباكرة ، وقد يكون نمط النضال من أجل التفوق ناجحاً إذا كانت المباديء التي يسترشد بها الفرد قابلة للتعديل وفق متطلبات الواقع ، وكثيراً ما يحدث أن ترتبط محاولات التعويض بأهداف غير واقعية وهنا تكون النتيجة النهائية هي العصاب .

وفي الحضارة الغربية حيث تتم المطابقة بين الذكورة والقوة كثيراً ما تتصرف النساء مثل الرجال كمظهر من مظاهر الاحتجاج على الذكور ، وإلى جانب النضال المباشر من أجل القوة يستخدم الناس أسلوباً آخر للتغلب على الشعور بالدونية حيث يستطيع الفرد من خلال الهروب اللاشعوري إلى المرض ان يسيطر على الآخرين بأن يصبح عاجزاً ويجبرهم على الاستجابة لمطالبه ، وتؤدي نواحي القصور العضوية أو المتخيلة إلى نوعين من الاستجابات التعويضية ؛ ففي حالة الكفيف تنمو لديه حاسة السمع نمواً حاداً مما يبين إحلال عضو محل عضو آخر ، أما حالة الشخص المصاب بالتهتهة والذي يصبح في النهاية خطيباً بارعاً مفوهاً فتبين أن التركيز الزائد يمكن أن يجعل الفرد يتغلب على القصور ، وحتى العبقرية فسرها أدلر بأنها تعبير عن التعويض عن نواحي قصور لدى الفرد .

وهكذا أكد أدلر على دور النضال الشخصى من أجل السيطرة والسلطة في حياته وزعم أن خبرات العجز في الطفولة تخلق مشاعر الدونية في الرشد وأن الطريقة التي يتعامل بها الفرد مع مشاعر الدونية يمكن أن تؤدي إلى المرض النفسي فقد يقوم الفرد بالتعويض الزائد عن شعوره بالدونية بأن ينسحب من الآخرين والبديل هو أن يصبح متنمراً على الآخرين مستأسداً عليهم .

لقد طور أدلر أسلوبه في العلاج باسم علم النفس الفردي Individual Psychology وفيه اعتبر أن الدافع الرئيس لنمو الشخصية الإنسانية هو النضال من أجل التفوق striving for superiority ومعناه أننا جميعاً نخلق لأنفسنا أهدافاً في الحياة تعطي لحياتنا غاية نسعى إليها ونناضل من أجل الوصول إليها ، وأننا جميعاً نخلق ذاتاً مثالية تمثل الشخص الكامل الذي نناضل لكي نكونه ومشاعر الدونية فيما يتعلق بالذات الكاملة أمر طبيعي والدافع للتغلب على الشعور بالدونية هو المثير الذي يحفز نضالنا من أجل التفوق .

وقد رأى أدلر أن موقع الفرد في الأسرة يؤثر في أسلوب حياته ، وأكد على الطبيعة الاجتماعية للكائنات البشرية وأن العلاقات بين الشخصية والسياق الاجتماعي الذي نولد فيه يشكل أهدافنا الشخصية التي نناضل من أجلها ؛ فإن الأسر التي تتسم بانعدام الثقة والرفض والإهمال وإساءة المعاملة ينتج عنها أطفال يناضلون للوصول إلى الإتقان باستخدام أساليب مرضية أنانية مثل اجتذاب الاهتمام والبحث عن السلطة والسعي وراء الانتقام والثأر .

ويتضمن العلاج على طريقة أدلر أن يصبح الفرد واعياً بأهدافه التدميرية وأن يساعده المعالج على أن يصبح واعياً بكيف يؤدي سلوكه إلى جعل الأهداف المتخيلة واقعية ويتم ذلك باستخدام تحليل أسلوب الحياة Lifestyle Analysis والذي يتكون من فهم الخلفية الأسرية للمريض وموقعه في علاقته بالأقران وكيف يكون المريض نظرته للعالم ، ويتماثل هذا المظهر من بعض الوجوه مع الأسلوب المعرفي لإليس Ellis وبيك Beck ولقد كانت العديد من أفكار أدلر مؤثرة بشدة في نظريات سيكولوجية معاصرة (إلينبرجر ١٩٧٠ Ellenberger ) .

## *أوتو رانك Otto Rank*

كان ثالث المنشقين الرئيسيين عن حركة التحليل النفسي أثناء سنواتها التكوينية هو أوتو رانك ١٩٢٩ الذي أكد على أهمية الخوف اللاشعوري من الانفصال بوصفه قوة دينامية رئيسة .

ووفقاً لرانك يعتبر الميلاد صدمة بمعنى أنه انفصال مؤلم عن الأم وهو يخلق ذخيرة من الحصر الذي تتحرر أجزاء منه عبر الحياة . إن الناس يعتبرون كل الانفصالات مهدده ، و يكون هدفهم هو استعادة الشعور بالرضا الذي خبروه في الرحم ، و قد وجدوا أن أفضل وسيلة للحصول على ذلك الهدف هي الفعل الجنسي ؛ فالجماع بالنسبة للذكر يمثل رمزياً العودة للاتحاد مع الأم من الناحية اللاشعورية.

و تتميز الحياة من وجهة نظر رانك بالنضال من أجل الفردية فإن الوالدين الذين يجران الطفل إلى الصراعات ، و يبحثان عن تحقيق حاجاتهما يعوقان شعور الطفل بالفردية ، و مثال على ذلك أن الأب قد يحب ابنه حباً شديداً ؛ لأنه يراه خليفة و وارثا له ، و بذلك يهدد فردية الطفل ، و لأن الابن يرغب في أن يكون أكثر من مجرد استمرار للأنا لدى الأب ؛ فقد يتحول إلى الأم كملجأ له و لأسباب مماثلة قد تتحول الأبنة إلى الأب .

و تدور نظرية الشخصية لدى رانك حول مفهوم الإرادة Will و هو يصفها بأنها المظهر الإيجابي الموجه للذات و الذي يستخدم الحفزات بشكل إبداعي و يسيطر عليها أيضاً ، و تؤدي كفوف و نواهي الوالدين ، و الراشدين الآخرين بالطفل إلى ألا يثق بإرادته لأنها شريرة ، و نتيجة ذلك فإنه حين يصل إلى البلوغ تتكون إرادته من جزئين أحدهما خير ( يوافق عليه الوالدين و المجتمع ) ، و الآخر شرير (مرفوض) و تسمى مقاومة السلطة و هي الجزء السيء بالإرادة المضادة Counter Will ، و على هذا الأساس يصف رانك ثلاثة أنماط من الشخصية هي :

١- الرجل العادي .

٢- العصابي .

٣- المبتكر.

إن الشخص العادي هو الذي تخلى عن إرادته الخاصة ، و تقبل إرادة الجماعة، و أصبح الواقع المقبول ثقافياً هو حقيقته . إنه يعتبر محتويات تخييلاته شريرة، و يحتفظ بها لنفسه ، و تنمو لديه مشاعر الذنب نتيجة أفكاره العدائية تجاه الآخرين . إن الفرد العادي لديه القليل من الصراعات على وجه العموم و لكن لديه أقل الفرص في أن يصبح مبتكراً .

أما النمط العصابي فلا يستطيع أن يتوافق مع إرادة الجماعة ، و مع ذلك لا يستطيع توكيد إرادته الخاصة . إن عليه أن يناضل ضد الضغوط الخارجية و الداخلية ، و ينتهي به الأمر إلى أن يخوض الحرب ضد نفسه ، و ضد المجتمع.

أما النمط الثالث المبتكر ( مثل الفنان ) فهو يضع مثالياته و أخلاقة الخاصة و يوجه سلوكه وفقاً لها . إن المبتكر يتقبل نفسه بشكل مكتمل ؛ لذا فإنه يكشف عن تخييلاته للعالم من خلال نتاجاته و قد يشعر بالذنب إزاء الآخرين و إزاء نفسه أيضاً و لكن ذلك الذنب يعمل بوصفه مثيراً لمزيد من العمل الإبداعي.

## ***<u>الفرويديون الجدد : كارين هورني Neo-Freudians : Karen Horney</u>***

وهناك مجموعة أخرى من المنشقين عن موقف التحليل النفسي التقليدي وهم يشتركون في التوكيد على دور العوامل الثقافية في تشكيل الشخصية ويرفضون

مفهوم فرويد ذي الاتجاه البيولوجي عن الليبيدو كعامل سببي ، وتؤكد كارين هورني ومعها إريك فروم وهاري ستاك سوليفان على المحصلة النهائية للتفاعلات بين الوالد – الطفل في البيئة الباكرة .

إن *هورني* ( ١٩٣٩ ، ١٩٤٥) على سبيل المثال تسقط من اعتبارها حسد القضيب بوصفه قوة لاشعورية لدى الإناث ، وبدلاً من ذلك فإنها ترجع الحسد لدى النساء إلى الرغبة في الصفات الذكرية المرغوبة في الثقافة وليس الخبرات الجنسية في باكورة الطفولة .

لقد ميزت هورني بين ثلاثة اتجاهات رئيسة يمكن للطفل أن يتخذها في التعامل مع البيئة وهي :- الاتجاه نحو الناس ، أو ضدهم ، أو بعيداً عنهم ، وحين يتحرك الطفل نحو الناس فإنه يتقبل عجزه وعلى الرغم من مخاوفه فإنه يحاول أن يكتسب حب الآخرين . وحين يتحرك الطفل ضد الآخرين فإنه يفترض ويسلم منذ البداية بوجود العداوة من حوله ، ويقرر أن يقاتل . أما حين يتحرك الطفل بعيداً عن الآخرين فإنه لا يريد أن ينتمي إليهم ، ولا يريد أن يقاتلهم ، ولكنه يريد أن يظل بعيداً عنهم فقط .

ويجسد هذه الاتجاهات الأساسية ثلاثة أنواع من الناس :-

١. النمط المساير ( المطاوع أو المهادن ) compliant وهو يبدي حاجة ملحوظة للحب والرضا والاستحسان ويتصرف بطريقة تواكلية اعتمادية خانعة إلى حد كبير ، أما على المستوى اللاشعوري فيوجد لديه ميول مكبوتة عميقة وعدوان نحو السلطة كما أنه لا يهتم بالناس فعلاً .

٢. النمط العدواني aggressive ولديه حاجة قوية للسيطرة على الآخرين حيث أنه يرى أن الحياة صراع من أجل البقاء ويكون عليه أن يرفض الجانب الرقيق من طبيعته لأنه يهدد أسلوبه العام في الحياة .

٣. النمط المنعزل detached ويكون هدفه هو الحفاظ على مسافة سيكولوجية انفعالية بينه وبين الآخرين لأن القرب منهم يولد الحصر لديه كما أن لديه حاجة شديدة للشعور بالتفوق لكي يبرر انعزاله عنهم ، ويعمل الانعزال عامة كدفاع ضد النضالات المتعارضة من أجل الحب ومن أجل التسلط العدواني .

## إريك فروم Erich Fromm

لقد فند إريك فروم ( ١٩٤١ ، ١٩٤٧ ) نظرية فرويد التي مؤداها أن كل شخص لديه قدر ثابت من الليبيدو وأن الليبيدو كلما تحول إلى الذات كلما قلت الطاقة الليبيدية المتبقية والمتاحة للفرد لإقامة علاقات مع الموضوعات الخارجية وادعى أن شخصاً ما قد يكون قادراً على أن يحب نفسه حباً أصيلاً ، ويكون لديه القدرة على أن يحب الآخرين أيضاً .

وقد مال فروم أيضاً إلى تعديل التفسيرات التقليدية لعقدة أوديب ووظائف الأنا الأعلى واعتقد أن الصراع بين الابن والأب له قليل الأثر على التنافس الجنسي الذي ينتج بالأحرى عن المجتمع الأبوي التسلطي الذي يعتبر الابن ملكاً لأبيه على العكس من رغبته في الحرية والاستقلال .

وقد رأى فروم أن الضمير السلطوي authoritarian conscience هو صوت السلطة الخارجية المستدخلة مثل الوالدين وهو يختلف عن الخوف من العقاب أو الأمل في الثواب بمعنى أنه مستدخل . أما الضمير الإنساني humanistic فهو صوت الفرد نفسه وهو يعبر عن مصلحته الشخصية وتكامله وحين لا يتم إشباع الذات ينشأ الشعور بالذنب ، وعلى سبيل المثال إذا لم يستطع الشخص أن يثبت ذاته وفشل في لأن يحيا بشكل منتج فإن عليه أن يحصل على رضا الآخرين واستحسانهم كبديل عن ذلك ، وهكذا يؤدي الشعور بالذنب لاشعورياً إلى الخوف من الرفض والاستنكار .

وكل شخص لديه كلا النوعين من الضمير ولكن يقال إن العلاقة بينهما تعتمد على خبراته الخاصة ، والصورة الشائعة لتلك العلاقة هي أن يشعر الفرد بالذنب شعورياً من خلال الضمير السلطوي بينما تكون تلك المشاعر متأصلة لاشعوريا في الضمير الإنساني فإن الشخص قد يشعر بالذنب شعورياً لأنه لا يرضي السلطة في حين أنه يشعر بالذنب العميق في لاشعوره لعدم إشباعه لنفسه وتحقيقه لتوقعاته عنها .

أما فيما يتعلق بنمو الشخصية يقرر فروم أن العوامل الليبيدية مثل السمات الفمية والشرجية هي نتيجة أكثر منها سبباً ، فإن الشخص البخيل ليس شحيحاً لأنه يتمسك بالبراز إنه يتمسك بكل شيء بما فيه البراز ، وذلك بسبب المناخ الأسري المقتر غير المعطاء الذي يجعله يشعر بالندرة .

ويتكون تصنيف فروم لأنماط الشخصية مما يلي :-

١. الاتجاه الاعتمادي المتلقي receptive الذي يعتمد على دعم الآخرين.
٢. الاتجاه الاستغلالي exploitive ويأخذ الأشياء من الآخرين بالقوة أو بالدهاء .
٣. الاتجاه الادخاري الممسك hoarding الذي يقيم إحساسه بالأمن على التوفير والحفاظ على ما يمتلكه .
٤. الاتجاه التجاري التسويقي marketing الذي يعتبر الناس سلعاً تباع وتشترى .
٥. الاتجاه الإنتاجي productive ويتضمن نمو إمكانات الفرد مثل الابتكار والحب إلى حدها الأقصى واستخدامها .

***هاري ستاك سوليفان Harry Stack Sullivan***

يؤكد هاري ستاك سوليفان على دور العلاقات بين الشخصية توكيداً شديداً ويرى أن الدافع إلى القوة والسلطة power motive يكمن وراء كل الدفعات ، وهو يعمل منذ الميلاد في محاولة للتغلب على الشعور الداخلي بالعجز ، وفي تفسيره للشرجية يؤكد سوليفان أن الإمساك سلاح يستخدمه الطفل كي يفرض سلطته على والديه . وقبل أن يستطيع الطفل أن يفهم ما يحدث حوله بوقت طويل توجد لديه صورة من التواصل الانفعالي غير اللفظي ( التراحم empathy ) وتلك الصورة تسمح له بأن يستجيب لأفعال الراشدين من حوله بأسلوب حساس ، وقد فسر سوليفان العقدة الأوديبية على أنها استجابة دقيقة للشعور بالألفة أو الاغتراب بين الطفل والوالدين ، حيث تؤدي الفروق في النوع إلى الشعور بالاغتراب لذا يعامل الوالد طفله أو طفلها من النوع المخالف بالرفق والهوادة ، وهذا التحرر من الضغط ينتج عنه في الغالب أن يحب الطفل الوالد من النوع المخالف حباً أكبر من حبه للوالد من نفس النوع .

وفي مسار النمو يتكون لدى الأنا ثلاثة أنماط من الخبرة وهي :-

١. الانتحاء الأولي البدائي prototaxic ويتميز به العام الأول من الحياة حين لا يكون لدى الطفل تفرقة بين الزمان والمكان وتسهم الخبرات اللحظية تدريجياً في تكوين صور غامضة عن الأم الطيبة good mother التي تخلق لدى الطفل شعوراً بالسعادة ، في مقابل الأم الشريرة bad mother التي تحبط الطفل .

٢. الانتحاء المترادف المتراكب paratoxic وفيه تتجزأ الخبرة الكلية غير المتمايزة إلى أجزاء تبدو كما لو كانت قد حدثت معاً بالصدفة دون أي رباط منطقي بينها ( ويعتبر الحلم توضيحاً للتفكير من هذا النوع لدى الراشد ) ويقبل الطفل ما يحدث له ضمناً دون تفكير ، ويستجيب للآخرين بشكل مشوه غير واقعي ، ويستخدم الكلمات في هذه المرحلة بأسلوب شديد الذاتوية حيث يكون لها معنى شخصي وخاص جداً لدى الطفل ويقوم الطفل بتقييم أفكاره ومشاعره في مقابل أفكار ومشاعر الآخرين وبذلك يدرك تدريجياً أنماط العلاقات في مجتمعه ، ويفهم الاستجابات المرتبطة باستخدام كلمات وإشارات معينة

٣. الانتحاء المتناغم syntaxic ومن خلاله يتعلم الطفل بشكل نهائي النمط المتناغم من الخبرة والمتحرر من التشويه وتنشأ الاتجاهات نحو الذات من خلال استجابات الراشدين المهمين لدى الطفل وهو ما وصفه سوليفان بالتقييمات المنعكسة reflected appraisals .

## *علماء سيكولوجية الأنا* *Ego Psychologists*

لقد تحولت الحركة التحليلية التقليدية من الاهتمام بعلم نفس الأعماق إلى التوكيد على الوظائف الذاتية للأنا ، وكان رواد هذا الاتجاه هم هانز هارتمان Heinz Hartmann وإرنست كريس Ernst Kris ورودلف لوفنشتين Rudolph Loewenstein الذين أسهموا فرادى ومجتمعين في مجموعة من الأبحاث المهمة في مجال النظرية التحليلية .

لقد حدد هارتمان وظائف الأنا ( ١٩٥١ ) بأنها اختبار الواقع وضبط الحركات والإدراك والتفكير والكف وتأجيل الإشباع وإعطاء إشارة الخطر عند توقع حدوثه والوظيفة التوليفية التنظيمية . وقد صور هارتمان ما سماه مجال الأنا الخالي من الصراع conflict-free sphere of the ego والذي يستخدم الطاقة المحايدة neutralized energy ( وهي في الأصل ليبيدية ولكنها لم تعد كذلك) في تنفيذ الأدوار الموكلة إليه والأهداف والاتجاهات والاهتمامات التي نشأت في مواقف الصراع قد تصبح جزءاً من هذا المجال بصفة ثانوية وتعمل مستقلة عن الدفعات الكامنة بعد ذلك بشكل أكثر أو أقل استقلالاً .

ويصف منظرو علم نفس الأنا السابقون ( ١٩٤٦ ) مرحلة غير متمايزة من النمو الباكر يتشكل أثناءها كل من الهو والأنا تدريجياً وذلك على العكس من نظرية فرويد التي مؤداها أن الأنا ينمو من الهو الموجود بالفعل ؛ وهم يرون أن في

السنوات الباكرة من الحياة تنضج الأجهزة التي تدخل في النهاية تحت سيطرة الأنا وهذه الأبنية الناشئة تسهم بشكل دال في مسار النمو خلال الطفولة ، وعلى سبيل المثال يقال إن تمييز الطفل بين الذات والموضوع يعتمد على مرحلة النمو الإدراكي ذاته كما أن سهولة تعلم السيطرة على موقف التدريب على الإخراج يرجع أيضاً في جزء منه إلى درجة النضج أي القدرة على الجلوس بارتياح وأن يفهم الطفل أسباب النظام وأن يتواصل مع الآخرين بالإشارات ، وترجع الزيادة التدريجية في مرونة الأنا الأعلى في مرحلة الكمون إلى حد ما إلى زيادة الفهم العقلي .

***ميلاني كلاين وعلاقات الموضوع Melanie Klein and Object Relations***

على الرغم من أن فرويد كان مهتماً بالهو بصفة أساسية واعتبر أن السيطرة على عمليات الهو هي المبدأ الأساسي المنظم للشخصية والمرض النفسي إلا أن بعض النظريات التحليلية اهتمت بالميكانيزمات الاسقاطية والاستدماجية ، وقد عرف ذلك على أنه مدرسة علاقات الموضوع ، وقد ارتبطت تلك المدرسة في غالبيتها على عمل ميلاني كلاين ( ١٨٨٢ – ١٩٦٠ ) حيث نشرت كتاب " التحليل النفسي للأطفال Psychoanalysis of Children " عام ١٩٣٢ الذي يصف تفصيلياً العملية النمائية التي من خلالها يستدمج الطفل القيم والصور المهمة لمن يهتمون به ، والذين ينظر إليهم من خلال الارتباط الانفعالي القوي وهذه التمثيلات الخاصة بالموضوعات ( الناس المستدمجين ) تستدخل إلى أنا الطفل مما يجعله يستجيب للبيئة من منظورهم .

لقد رأت ميلاني كلاين ١٩٣٢ أن الأطفال لديهم حاجة للاتصال بالآخرين والارتباط بهم أولاً كموضوعات جزئية part objects ( مثل ثدي الأم ) ثم بعد ذلك كموضوعات كلية كاملة whole objects ( الأم ) وأن السلوك هو نتيجة تخييلات fantasies عن الموضوعات . وعلى الرغم من وجود خيوط عديدة لنظرية علاقات الموضوع ، إلا أنها جميعاً تشترك في فكرة أن العلاقات المبكرة لها أهمية مركزية في نمو الشخصية وفي المرض النفسي ( فيربيرن Fairburn ١٩٥٢ وكيرنبرج Kernberg ١٩٧٦ وكوهوت Kohut ١٩٧١ )

وتتضمن خبرات الطفولة على سبيل المثال رسائل غير متسقة inconsistent messages من الصور الوالدية ( فقد لا يكون الوالد متسقاً في دفئه وحبه ) مما يجعل الطفل ينمو والأنا لديه غير آمن ego، insecure ويعجز عن استدماج تمثيلات الموضوع بشكل مكتمل ، وكميكانيزم دفاعي يستخدم ميكانيزم

الانشطار splitting فيرى الموضوعات على أنها كلها خير أو كلها شر ، كلها جيدة أو كلها سيئة all good or all bad ويتضمن العلاج محاولة تقوية الأنا الضعيف ومساعدة المريض على فهم كيفية استخدامه لميكانيزمات مثل الانشطار لتنظيم انفعالاته .

## *إريك إريكسون* Erik Erickson

لقد قدم إريكسون ( ١٩٠٢ – ١٩٩٤ ) نظرية مرحلية نفسية اجتماعية للنمو أكد فيها على المهام الاجتماعية social tasks والصراعات المرتبطة بها خلال المدى الكلي للحياة ( إريكسون ١٩٦٣ )

وتعتمد كل مرحلة من مراحل النمو على النمو الذي حدث في المرحلة السابقة ويقوم تفتح كل مرحلة على افتراضين أساسيين :-

*أولهما* :- أن الشخصية الإنسانية من حيث المبدأ تنمو استناداً إلى خطوات محددة سلفاً في استعداد الفرد النامي لأن يتقدم للأمام وأن يكون واعياً بمجاله الاجتماعي وأن يتفاعل معه ( أريكسون ١٩٦٣ ) .

*وثانيهما* :- أن المجتمع من حيث المبدأ يميل إلى أن يكون مهيئاً لمواجهة وتشجيع تتابع إمكانات التفاعل لدى الفرد ، وأن يحمي المعدل المناسب والتتابع المناسب لتفتحها ويشجعه .

*والمرحلة الأولى* من مراحل النمو هي مرحلة المهد infancy ويسميها إريكسون مرحلة الثقة الأساسية في مقابل عدم الثقة basic trust versus mistrust وفيها يعتمد الطفل اعتماداً شبه كلي على أمه لتوفير احتياجاته ويدور الصراع في هذه المرحلة حول الشعور بالأمان والثقة الأساسية في أن ما يحتاجه سوف يصله وأنه يستطيع أن يعتمد على الوجود الثابت لمن يلبي حاجاته ، وأنه يعرف ذلك معرفة اليقين والسؤال عنده لا يحتمل الشك . وأسلوب الطفل في التعامل مع المجتمع يكون في الجزء الأول من هذه المرحلة هو التلقي ، وفي الجزء الثاني هو الأخذ ويقابل الجزء الأول المرحلة الفمية السلبية ، ويقابل الجزء الثاني المرحلة الفمية الإيجابية .

*المرحلة الثانية* هي مرحلة الطفولة الباكرة early childhood ويسميها إريكسون التلقائية في مقابل الشعور بالشك والخزي autonomy versus doubt and shame حيث يعي الطفل بذاته ككيان مستقل عن كيان أمه ولكنه ينجذب إلى الاعتماد عليها كما كان في الماضي كما أن وعيه بجسمه وقدرته على

التحكم في عضلاته يجعله ثنائي المشاعر يتأرجح بين التمسك بالأشياء والتشبث بها وبين تركها وقذفها وهو في ثنائيته هذه يطلب من أمه أن تتركه ينمو ويستقل وفي نفس الوقت أن تتحمله إذا فشل ، ومن هنا تتميز هذه المرحلة بصراع الإرادة بين الطفل وأمه فإذا أكد ذاته يشعر بالاستقلال ، وإذا فشل يشعر بالخجل والشك . وتتميز هذه المرحلة بوسيلتين هما التخلص والاستبقاء أو الترك والتشبث.

*والمرحلة الثالثة* تكون في سن اللعب play age ويسميها إريكسون المبادأة في مقابل الشعور بالذنب initiative versus guilt وهي تحدث بين الرابعة والسادسة من العمر وفيها يؤدي نمو المهارات الحركية إلى زيادة الحركة في المكان ويستمر نمو اللغة والتخيل وحب الاستطلاع . ويكون حب الاستطلاع واضحاً لدى الطفل ويبدو من خلال اهتمامه باستكشاف جسمه وأجسام الآخرين واهتمامه بالفروق بين الذكور والإناث ، ويرى إريكسون أن هذا الاهتمام هو جزء من الجنسية الطفلية ، وتعتبر استجابة الوالدين نحو حب الاستطلاع لدى الطفل عاملاً مهماً في تحديد درجة الثقة والمبادرة لديه وتنمو لدى الطفل في هذه المرحلة سمة العزم التصميم .

*المرحلة الرابعة* وتقابل سن المدرسة لدى الطفل school age وتسمى مرحلة المثابرة في مقابل الشعور بالدونية industry versus inferiority حيث يتحول الطفل من اللعب إلى العمل واكتساب المهارات العملية والكفاءة .

وتقابل *المرحلة الخامسة* سن المراهقة adolescence وتسمى مرحلة الهوية في مقابل ارتباك الهوية identity versus identity confusion حيث توجد لدى المراهق أسئلة تتعلق بالذات الواقعية حين يواجه مشكلة اختيار قيمه وأهدافه ويكتسب الفرد في هذه المرحلة سمة الأمانة والدقة fidelity .

أما *المرحلة السادسة* فتقابل سن الشباب young adulthood وتسمى مرحلة الألفة في مقابل الانعزال intimacy versus isolation حيث ينمو لدى الفرد الشعور بالاستقلال والمسؤولية الراشدة وتنمو لدى الفرد فضيلة الحب .

وتقابل *المرحلة السابعة* سن الرشد adulthood وتسمى مرحلة الانتاج في مقابل الركود generativity versus stagnation حيث يوجد لدى الفرد قلق يتعلق بالانتاج والإبداع وتنمو لديه فضيلة الرعاية care .

وتقابل *المرحلة الثامنة* الشيخوخة old age وهي تسمى مرحلة التكامل في مقابل اليأس integrity versus despair حيث يبحث الفرد عن منظور لحياته وينتج عن هذه المرحلة فضيلة الحكمة wisdom .

لقد اهتمت نظرية إريكسون بالمدى الكلي لحياة الفرد ورأى إريكسون أن كل مرحلة يمكن أن تكون لها نتائج إيجابية ونتائج سلبية ، وقد ناقش إريكسون الأزمات التي تحدث في مسار النمو وهذه الأزمات هي نقاط التحول turning points في حياة الفرد حيث يتردد الفرد بين التقدم progression والنكوص regression وقد رأى إريكسون أن الحل الناجح للأزمة يؤدي إلى زيادة فضيلة أو قدرة خاصة لدى الفرد عند كل مرحلة .

وقد صاغ إريكسون اصطلاح أزمة الهوية identity crisis لوصف خبرات الجنود الذين كان يعمل معهم في سان فرانسيسكو عام ١٩٤٠ وما بعدها فقد وصفهم بأنهم لا يعرفون أنفسهم وقد فقدوا قدرتهم على امتصاص الصدمة shock-absorb وأنهم يعانون من مشكلات نفسجسمية تتماثل مع ما يطلق عليه علماء النفس والأطباء النفسيون اسم اضطراب توتر مابعد الصدمة .

والهوية هي مفهوم مركزي يتكون من أربعة مظاهر هي :-

١. الحس الشعوري لدى الفرد بوجوده ككائن منفصل متمايز مستقل .
٢. اتصال ما كان عليه الفرد بما سيكونه واستمرارية ذلك الاتصال .
٣. الشعور بالاكتمال ( أي بأن الفرد كل مكتمل )
٤. الشعور بالمعنى فيما يتصل بالآخرين . ( إيفانز ١٩٦٩ Evans )

ولقد رأى إريكسون مثله في ذلك مثل علماء النفس الإنسانيين أن على المعالج أن ييسر نضج العميل ونموه بدلاً من أن يفرض عليه آراءه .

وينتمي أسلوب إريكسون إلى علم نفس الأنا ، فإنه على الرغم من توكيد فرويد على دور الهو في تشكيل شخصية الفرد وفي المرض النفسي ، وأن الصراعات النفسية أمر رئيس في ذلك يرى علم نفس الأنا أن وظائف الأنا تعمل بوصفها دفاعاً ضد عمل الهو وهي تناضل أيضاً للسيطرة على البيئة وتوليد قوة دافعة مستقلة ومتحررة من الصراع تدفع الفرد نحو التكيف مع الواقع ويتضح ذلك من خلال حديث إريكسون عن مرحلة الكمون latency period فعلى الرغم من أن فرويد لم يعتبر الكمون مرحلة مهمة في تشكيل شخصية الفرد إلا أن إريكسون

اعتبرها مرحلة يناضل فيها الفرد للوصول إلى المثابرة وأن الفشل في ذلك يؤدي إلى الشعور بالدونية ، وقد رأى إريكسون أن النجاح أو الفشل في الوصول إلى الشعور بالمثابرة تحدده قوى البيئة حيث يؤدي لتحيز العرقي والجنسي والديني إلى أن ينمو بعض الأفراد مفتقرين إلى الشعور بالمثابرة ( جيرالد س. بلوم ١٩٩٥ )

***هل العلاج السيكوديناميي فعال ؟***

إن الإجابة على هذا السؤال هي *نعم* ففي السنوات الحديثة تم إجراء العديد من الدراسات التي قدمت بعض الدليل على كفاءة العلاجات السيكوديناميية المختصرة ( مثل دراسة أندرسون ولامبرت Anderson & Lambert ١٩٩٥ ودراسة كريتس كريستوف Crites-christoph ١٩٩٢ ودراسة بايير وآخرين ١٩٩٠ Piper et al ) وينطبق ذلك على المجموعات المختلفة من المرضى مثل كبار السن ( تومسون وآخرون ١٩٨٧ Thompson et al ) ومرضى اضطرابات الشخصية ( ونستون وآخرون ١٩٩١ Winston et al ) ومرضى الميثادون methadone patients ( وودي وآخرون ١٩٩٠ Woody et al )

وبالطبع فإن الدليل العلمي المتوافر لا يوحي بأن العلاج السيكوديناميي متفوق على العلاجات النفسية الأخرى ( سفارتسبرج وستيلس ١٩٩١ Svartsberg & Stiles ) أما بالنسبة للمعالجين السيكوديناميين يعتبر الدليل مشجعاً ، وإن كان ينبغي إجراء المزيد من الدراسات المضبوطة منهجياً على فاعلية التحليل النفسي التقليدي نفسه ( جراو وآخرون ١٩٩٨ Graw et al )

وينبغي لنا أن نقرر أن العلاخ السيكودينامي القصير أكثر فعالية من عدم العلاج على الرغم من أن مقارنته بالعلاجات الأخرى غير مؤكدة .

***المجمل***

يرى بعض العلماء أن الشيء المهم الذي قدمه فرويد هو أنه بين أن العمليات النفسية يمكن أن تؤدي إلى المرض النفسي مثلها في ذلك مثل العمليات البيولوجية

وأن الدوافع اللاشعورية وميكانيزمات الدفاع تؤثر في سلوك الفرد ، كما أن خبرات الطفولة الباكرة تؤثر في توافق الشخص البالغ .

وقد رأى فرويد أن المرض النفسي يحدث نتيجة التثبيت على مراحل النمو النفسجنسية الباكرة والاستخدام الزائد لميكانيزمات الدفاع . كما رأى أننا باستخدام التحليل النفسي يمكننا إخراج الرغبات والمشاعر المكبوتة إلى حيز الشعور والتعامل معها بأسلوب أكثر نضجاً .

وعلى الرغم من أفكار فرويد قد اجتذبت الكثير من الاهتمام إلا أنها أثارت الكثير من النقد أيضاً ، وخاصة فكرة أن الحفزات الجنسية والعدوانية هي أساس السلوك البشري ، وإن كان هناك منظرون آخرون أكدوا على حفزات أخرى .

ولقد رأى بعض العلماء أن آية نظرية ينبغي أن تكون قابلة للدحض أي أن يثبت الباحثون أن قيمتها العلمية ضئيلة ، وأن الكثير من مقولات فرويد غير قابلة للاختبار التجريبي ؛ إذ كيف يمكن اختبار وجود البناء النفسي الذي يتضمن الهو والأنا والأنا الأعلى ؟

وقد رأى بعض الباحثين أن فرويد قد أسس عمله على دراسة عدد قليل من النساء اللاتي كن يعشن في مجتمع يتميز بالكبت الجنسي . وقد ثار بعض أصحاب النظريات الأنثوية Feminist Theorists على بعض أفكار فرويد واعتبروها متحيزة جنسياً sexist ، ومع ذلك هناك العديد من المعالجين السيكوديناميين متنوعة من البرامج التدريبية المتاحة للمهتمين بالتخصص المهني في هذا المجال.

وعلى الرغم من أن التدريب على العلاج التحليلي طويل ويستغرق سنوات من العلاج الشخصي إلا أن هناك عديد من المعالجين يستخدمون الفنيات السيكودينامية في عملهم كما أن مفهوم الطرح والتحويل مفهوم مفيد في كل التوجهات العلاجية .

ولاشك في أن التحليل النفسي والعلاجات السيكودينامية قد زودت المهتمين بالسلوك البشري بمصدر خصب من الأفكار المفسرة لذلك السلوك .

# الفصل الرابع

## العلاج السلوكي والمعرفي Behavioral and Cognitive Therapy

يركز النموذج السلوكي و المعرفي على سلوك الناس القابل للملاحظة ولعل سبب ذلك التحول في التركيز هو الاستجابة للنقد الموجه للتحليل النفسي ؛ فقد آثر أصحاب الاتجاه السلوكي أن يكون أسلوبهم مستقراً على التفكير العلمي وأن تكون نظرياتهم قابلة للقياس والاختبار التجريبي ، ومع مرور الزمن رأى عديدون أن النموذج السلوكي قوته التفسيرية محدودة ، ومن ثم بدأت المحددات المعرفية للسلوك تطرح نفسها مما أدى إلى وجود مزيج من الأسلوبين عرف باسم النموذج المعرفي السلوكي Cognitive-Behavioral Model .

وعلى الرغم من أن النموذج السلوكي من بعض الوجوه كان رد فعل للتحليل النفسي إلا أن كليهما يعتبر نظرة حتمية deterministic للطبيعة البشرية والسلوك البشري ؛ ففي النموذج السلوكي يعتقد العلماء أن العوامل البيئية تشكل سلوكنا ، وأن ذلك السلوك هو محصلة ما تعلمناه .

لقد أكد أصحاب النظريات السلوكية على نوعين من التشريط conditioning هما التشريط الكلاسيكي classical والتشريط الإجرائي operant .

## بافلوف والتشريط الكلاسيكي Pavlov and Classical Conditioning

كان إيفان ب. بافلوف عالم نفس روسي ( ١٨٤٩ – ١٩٣٦ ) يرجع إليه اكتشاف عملية تسمى التشريط الكلاسيكي أو التشريط البافلوفي Pavlovian أحيانا وهي عملية تعلم تتم عن طريق حدوث ارتباط مؤقت temporal association بين شيئين ، ومعناه ببساطة أنه لو حدث شيئان في تتابع متقارب زمنيا تتكون بينهما رابطة مما يجعل الكائن الحي يستجيب لأحدهما مثلما يستجيب للآخر .

وقد اكتشف بافلوف هذه الظاهرة بالصدفة حين كان يدرس عملية الهضم digestive process لدى الكلاب عام ١٩٢٨ وكإجراء من إجراءات البحث كان بافلوف يعطي الكلاب لحماً مفروماً ، وقد لاحظ أن الكلاب بعد فترة بدأت تفرز اللعاب salivate حين كان المعاونون على وشك تقديم الطعام لهم ، وبعد

فترة أخرى لاحظ أن الكلاب بدأت تفرز اللعاب عند سماع صوت وقع خطوات المعاونين على أرض المعمل وهم يهمون بإطعامهم .

وقد بدأ بافلوف على الفور باختبار هذه الملاحظة اختباراً تجريبياً وذلك بأن كان يرن جرساً قبل تقديم الطعام فوجد أن الكلاب قد ربطت بين صوت الجرس وبين الطعام وبدأت تفرز اللعاب عند سماع صوت الجرس . وباستخدام اصطلاحات نظرية التشريط الكلاسيكي فإن الطعام ( المثير غير الشرطي أي الطبيعي unconditioned stimulus ( UCS) ) وهو المثير الذي يؤدي إلى الاستجابة غير الشرطية أي الطبيعية unconditioned response( UCR) وهي إفراز اللعاب . أما صوت الجرس ( المثير الشرطي conditioned stimulus ( CS) فإنه حين يتزاوج paired أي يتكرر حدوثه مع المثير غير الشرطي ( الطعام ) فإنه يؤدي إلى إفراز اللعاب وهي الاستجابة الشرطية conditioned response ( CR) .

و فيما يلي نبين هذه العملية :-

- *قبل التشريط* *preconditioning* :- المثير غير الشرطي ( الطعام ) ←——— الاستجابة غير الشرطية ( إفراز اللعاب ) .
- *التشريط* *conditioning* :- المثير الشرطي ( صوت الجرس ) + المثير غير الشرطي (الطعام) ←——— الاستجابة الشرطية ( إفراز اللعاب)
- *بعد التشريط* *post conditioning* :- المثير الشرطي ( صوت الجرس ) ←——— الاستجابة الشرطية ( إفراز اللعاب )

وعلى الرغم من بساطة هذه العملية إلا أن لها متضمنات عديدة بعيدة المدى لفهم بعض صور المرض النفسي والتدخل العلاجي فيها حيث يرى النموذج السلوكي أن المرض النفسي يمكن أن ينشأ نتيجة التشريط الكلاسيكي وأننا من خلال تعديل modifying المثيرات البيئية يمكننا أن نطفيء extinguish أعراض المرض النفسي .

لقد قدم السلوكيون التشريط الكلاسيكي بوصفه تفسيراً لعدد من المشكلات النفسية وهو مقبول لدى عديد من الناس الآن كتفسير لإصابة بعض الأفراد بالرهاب وأول دراسة أجريت لإثبات ذلك أجراها جون ب. واطسون J.B.Watson والمعروفة باسم الصغير ألبرت Little Albert وهي دراسة أسهمت في معرفة أهمية التشريط الكلاسيكي كتفسير للمشكلات النفسية .

## دراسة الصغير ألبرت :-

هي دراسة شهيرة أجريت لبيان كيف يمكن للتشريط الكلاسيكي أن يؤدي إلى نمو الفوبيات وقد قام بها واطسون و راينر ١٩٢٠ Watson & Rayner على طفل صغير عمره أحد عشر شهراً اسمه ألبرت حيث قدما له فأراً أبيضاً أليفاً وقد لاحظا أنه في البداية لم يبد آية علامات تنم عن الخوف بل كان يمد يده كي يلمس الفأر . وبعد ذلك قام واطسون وراينر بإزعاج ألبرت كلما كان يمد يده ليلمس الفأر من خلال عمل ضوضاء عالية بضرب عود حديدي بمطرقة بشدة وقد استمر ذلك الإجراء على مدى بضعة أيام ، وبعد فترة ظهر الخوف من الفأر الأبيض على ألبرت ولم يعد يمد يده كي يلمسه . علاوة على ذلك انتشر الخوف لدى ألبرت ليشمل الأرنب الأبيض والقطن ومعطف الفراء والأشياء الأخرى الشبيهة بالفأر الأبيض .

وعلى الرغم من أن هذه الدراسة بينت أن التشريط الكلاسيكي يمكن أن يستحث الخوف ويستثيره ، إلا أننا نتساءل : - *هل يمكن للتشريط الكلاسيكي أن يفسر جميع مخاوفنا ؟*

ويجيب فولبه وراخمان ١٩٦٠ Wolpe & Rachman على هذا السؤال بأن " أي مثير محايد neutral سواء كان بسيطاً أو مركباً يحدث وفي نفس الوقت تحدث معه استجابة خوف فإنه يكتسب بعد ذلك القدرة على استثارة الخوف كما يحدث تعميم generalization لاستجابة الخوف على المثيرات التي تتماثل مع المثير الشرطي " ( فولبه وراخمان ١٩٦٠ )

## علم النفس كما يراه عالم السلوك

ووفقاً للمعايير العلمية السائدة اليوم يمكن التشكيك في دراسة الصغير ألبرت من الناحية الأخلاقية كما أنها ضعيفة منهجياً ، إلا أنها كانت دراسة مهمة لأنها اجتذبت الاهتمام إلى دور التشريط . ولم تحاول الدراسات التالية إعادة إجراء دراسة الصغير ألبرت ، ورأى الباحثون أن علماء التشريط الأوائل مالوا إلى تجاهل السلبيات الأخلاقية والمنهجية في محاولتهم لإحلال علم السلوك محل التحليل النفسي ( ساملسون ١٩٨٠ Samelson ).

وكما يذكر واطسون و راينر بشكل قاس عند نهاية بحثهما على الاستجابات الانفعالية الشرطية لدى الصغير ألبرت " إن الفرويديين بعد عشرين عاماً من الآن لو حاولوا أن يحللوا ألبرت نفسياً في ذلك العمر ربما استثاروا فيه أن يتذكر حلماً يقومون بتفسيره بأن ألبرت عندما كان في عمر الثالثة حاول أن يلعب بشعر عانة أمه وأنها وبخته بعنف على ذلك . إن ألبرت قد يقتنع بحقيقة وصدق ذلك التفسير لرهابه لو كان لدى المحلل النفسي الدليل على ذلك ، والشخصية التي تجعله يقدم ذلك الدليل بشكل مقنع ( واطسون و راينر ١٩٢٠ Watson & Rayner ص ١٣ )

وقد داوم واطسون على توكيده على دراسة السلوك وتقديم أجيال تالية من علماء النفس تعلموا أن يهاجموا التحليل النفسي بقسوة . ومن أشهر بحوث واطسون بحث نشره عام ١٩١٣بعنوان ( علم النفس كما يراه عالم السلوك Psychology as the Behaviourist views it ) ذكر فيه أن علم النفس كعلم يمكنه أن يتقدم فقط إذا اهتم بالسلوك القابل للملاحظة فإذا جعل علم النفس السلوك القابل للملاحظة بؤرة له يمكنه أن يطمح في أن يكون علماً .

و يعتبر البعض أن السلوكية Behaviorism مدرسة من مدارس الفكر يعتقد أنصارها أن الخبرة العقلية mental experience لا وجود لها ويرى واطسون أن المفاهيم العقلية ليست قابلة للملاحظة ومن ثم فهي غير مناسبة للبحث النفسي ، ولقد زعمت الأساليب السلوكية أنه ليس من الضروري أن نكون واعين بسلوك الفرد أو العوامل التي تسيطر عليه من أجل أن نعمل بكفاءة ( سكينر ١٩٧١ Skinner )

ولا زال العديد من علماء النفس اليوم يناصرون وجهة النظر القائلة بأن علم النفس ينبغي أن يهتم بالسلوك القابل للملاحظة والذي يمكن قياسه بثبات على الرغم من أن علماء النفس اليوم يدرسون أيضاً العمليات العقلية غير القابلة للملاحظة ، ولقد كان تأثير واطسون في تشكيل علم النفس الحديث كبيراً .

وهناك عالمان آخران أسهما في نمو علم النفس السلوكي هما *ثورنديك* و *سكينر* ويهتم التشريط الكلاسيكي بمزاوجة المثير غير الشرطي مع مثير شرطي لإحداث السلوك ، أما التشريط الإجرائي ويسمى أحيانا التشريط الأداتي instrumental فهو عملية تهتم بكيفية استمرار السلوك والحفاظ عليه . ولقد لاحظ إدوارد ثورنديك Edward Thorendike وهو عالم نفس أمريكي أنه عندما يحدث لنا

شيء إيجابي فإننا نميل إلى تكرار ما كنا نقوم به وقتها ، وحين يحدث لنا شيء سلبي لا نميل إلى تكرار ما كنا نقوم به حينها .

ولبيان هذه العملية والبرهنة عليها قام ثورنديك بوضع قطة في صندوق مصمم بعناية لكي يكون على القطة أن تضغط على ذراع معين في الصندوق كي تخرج منه ، وقد حرم ثورنديك القطة من الطعام ، ثم وضع قطعة سمك خارج الصندوق بحيث تتمكن القطة من رؤيتها ، وقد لاحظ ثورنديك أن سلوك القطة كان في البداية عشوائياً وهي تحاول أن تخرج من الصندوق ، وفي النهاية تمكنت القطة من الضغط على الذراع ، وخرجت وأكلت السمكة . وفي المرة التالية استغرقت القطة وقتاً أقصر حتى ضغطت على الرافعة ، وفي النهاية حين كانت القطة توضع في الصندوق كانت تضغط بسرعة على الرافعة وتخرج .

وقد استدل ثورنديك من ذلك أن استجابات القطة حين أدت إلى نتائج إيجابية وهي الحصول على السمكة تمت تقويتها ، وأصبحت أكثر ميلاً للحدوث في المستقبل ، أما الاستجابات التي أدت إلى نتائج سلبية فلم تتم تقويتها ، وأصبحت أقل ميلاً للحدوث في المستقبل ، وهذا هو قانون الأثر Law of Effect الذي أصبح حجر الزاوية في علم النفس السلوكي .

ثم تابع ب.ف. سكينر B.F.Skinner ( ١٩٠٤ – ١٩٩٠ ) عمل ثورنديك ووصف تفصيلياً العلاقة بين السلوك الإجرائي ونتائجه ، ولقد صاغ سكينر اصطلاح التشريط الإجرائي Operant conditioning لوصف العملية التي لخصها ثورنديك والفكرة هي أن السلوك الإجرائي هو سلوك إرادي قابل للسيطرة ، ويمكن تشريطه من خلال المعززات reinforcers وهي تلك المواقف البيئية التي تزيد من تكرار frequency وقوة strength السلوك وهناك نوعان من التعزيز أولهما التعزيز الموجب positive وهو يحدث حين يلي السلوك شيء إيجابي ، وثانيهما التعزيز السلبي negative وهو يحدث حين يلي السلوك استبعاد omission حدث سلبي .

وهذان النوعان من التعزيز يختلفان عن العقاب punishment الذي يحدث حين يلي السلوك حدث سلبي هدفه تقليل تكرار وقوة السلوك . ويفسر التشريط الإجرائي استمرار السلوكيات المضطربة . وتعمل احتمالات التعلم مع الوقت مما يجعل أنماط السلوك المعقدة تتشكل ببطء منذالطفولة وما بعدها .

## نظرية العاملين لدى مورر Mowrer's Two-factor Theory

ومما سبق يتضح أن التشريط الكلاسيكي يفسر تكوين السلوك في المقام الأول في حين يفسر التشريط الإجرائي استمرار السلوك المضطرب . وقد قدم مورر Mowrer ١٩٤٧ نظرية العاملين التي تتضمن الخوف والتجنب fear and avoidance وفيها يتم اكتساب الخوف من خلال التشريط الكلاسيكي ( العامل الأول ) ويستمر الخوف من خلال التشريط الإجرائي عن طريق التعزيز السلبي حين يتجنب الشخص مخاوفه ( العامل الثاني ) ، ومن هنا نرى كيف يمكن تطبيق ذلك في فهم كيفية حدوث المرض النفسي والمهم في ذلك هو أن التشريط الكلاسيكي والتشريط الإجرائي يزوداننا بإطار مرجعي نظري theoretical framework لوضع وتصميم التدخلات العلاجية السلوكية .

## علاج السلوك Behavior Therapy

يستخدم اصطلاح علاج السلوك Behavior Therapy واصطلاح تعديل السلوك Behavior Modification أحيانا للإشارة إلى العلاجات القائمة على التشريط الكلاسيكي والتشريط الإجرائي على التوالي .

ومن الوجهة التاريخية استخدم المعالجون البريطانيون اصطلاح علاج السلوك واستخدم المعالجون الأمريكيون اصطلاح تعديل السلوك مما يعكس اختلاف التوكيد على نوعي التشريط في كلا البلدين . وبهدف التبسيط سنستخدم اصطلاح العلاج السلوكي للإشارة إلى جميع صور العلاج القائمة على مبادىء التعلم وفيها لايرى المعالجون ضرورة للكشف عن القوى اللاشعورية ، ولكن مهمة المعالج هي حذف واستبعاد السلوكيات غير المرغوبة التي حدثت نتيجة التعلم .

ويهتم العلاج السلوكي بما يلي :-

١. إزالة الأعراض النوعية removing specific symptoms .

٢. تنمية سلوكيات تكيفية جديدة developing new adaptive behaviors

٣. تغيير روابط التعزيز البيئي Changing environmental reinforcement contingencies

## تحليل السلوك Behavior Analysis

إن أول مهمة يقوم بها المعالج السلوكي هي إجراء تحليل سلوكي حيث يحاول المعالج أن يصف الاستجابات اللاتوافقية لدى العميل باصطلاحات موضوعية ويضع فروضاً حول العوامل السلوكية والبيئية التي تسيطر على تلك السلوكيات وتعمل على استمرارها ، وعلى أساس من ذلك التحليل يصمم المعالج برنامجاً علاجياً يتناول العوامل التي تسيطر على تلك السلوكيات وتعمل على استمرارها بطريقة تساعد على تعديل تلك الاستجابات اللاتوافقية .

وفي التشريط الكلاسيكي تتم السيطرة على الاستجابات اللاتوافقية عن طريق المثيرات التي تسبق الاستجابة أما في التشريط الإجرائي فتتم السيطرة على المثيرات التي تلي الاستجابة .

وهناك مثال كلاسيكي للعلاج السلوكي استخدمه مورر و مورر ١٩٣٨ Mowrer & Mowrer في علاج الأطفال الذين يعانون من مشكلات التبول في الفراش bed-wetting problems حيث قام الباحثان باستخدام مباديء التشريط الكلاسيكي في تطوير وسيلة الجرس والملاءة Bell and Pad لعلاج سلس البول ليلاً nocturnal enuresis . لقد افترض الباحثان أن تبليل الفراش ناتج عن عدم تكوين ارتباط بين امتلاء المثانة وبين الاستيقاظ من النوم ، ومن ثم صمم مورر و مورر ملاءة حساسة للرطوبة moisture sensitive blanket تطلق جرساً حين يحدث التبول وهكذا مع الوقت تتكون لدى الفرد رابطة بين امتلاء المثانة وبين الاستيقاظ من النوم .

ويبدو أن العلاجات السلوكية في مجملها قابلة للتطبيق على المشكلات المرتبطة بالحصر والقلق ، ولكن لننظر أولاً في بعض الفنيات العلاجية الخاصة التي تم تطويرها استناداً إلى نظرية التعلم ، وجدير بالذكر هنا التحصين المنهجي والغمر والتنفير والنمذجة أو الاقتداء بالنموذج . وتقوم تلك الفنيات على مبدأ التشريط الكلاسيكي ، ويعتبر مبدأ التعرض للموقف المرهوب أو الباعث على الشعور بالتهديد سواء كان ذلك في الخيال أو الواقع هو جوهر تلك الأساليب السلوكية .

## فولبه والتحصين المنهجي Wolpe and Systematic Desensitization

جوزيف فولبه Joseph Wolpe هو طبيب نفسي من جنوب إفريقيا طور فنية علاجية تسمى التحصين المنهجي استناداً إلى اعتقاده أن السلوك العصابي يتكون من عادات مستمرة من السلوك الشرطي الذي تم اكتسابه في مواقف مولدة للقلق anxiety-generating situations ، ويقوم التحصين المنهجي على مبادىء التشريط الكلاسيكي ، واستناداً إلى حالة الصغير ألبرت التي درسها واطسون و راينر ١٩٢٠ لكي يبرهنا على أن الخوف من الفئران البيضاء يمكن أن يكون خوفاً شرطياً ، ودراسة أخرى أجراها جونز Jones١٩٢٥ على صبي اسمه الصغير بيترLittle Peter تبين أن المخاوف إذا كان من الممكن تشريطها فإن من الممكن أيضاً تخفيفها باستخدام مباديء التشريط الكلاسيكي عن طريق اقتران الموضوع المرهوب مع شيء مرغوب مثل الطعام . ووفقاً لذلك زعم فولبه أن المخاوف المتعلمة يمكن إبطال تعلمها من خلال فنية أسماها التحصين المنهجي .

ويتكون التحصين المنهجي من ثلاث مراحل :-

١. التدريب على الاسترخاء Relaxation Training .
٢. تكوين نظام تدرج هرمي للخوف Construction of a fear hierarchy
٣. إجراء عملية تعلم جديدة New learning process .

والفكرة الكامنة وراء التحصين المنهجي هي أن الشعور بالقلق لا يتفق مع الشعور بالاسترخاء ، وعلى ذلك يعلم المعالج العميل فنيات الاسترخاء ، وبعد ذلك يساعد المعالج العميل على وضع تصميم تدرج هرمي للخوف ، وعلى سبيل المثال فإن الشخص المصاب برهاب الأماكن الفسيحة agoraphobia يطلب منه المعالج وضع قائمة بالأشياء التي يجدها مخيفة ، وتبدأ هذه القائمة بأكثر الأشياء رهبة بالنسبة له ، وتنتهي بأقل الأشياء رهبة عنده .

مثال على ذلك نظام التدرج الهرمي لدى شخص يهاب المواقف الاجتماعية :-

- الحديث إلى مجموعة كبيرة من الناس الذين لا يعرفهم ( درجة الخوف عالية جداً ) .

- حضور مقابلة رسمية ( درجة الخوف عالية ) .
- إجراء حديث قصير غير رسمي مع بعض زملائه في العمل ( درجة الخوف متوسطة ) .
- أن يتوقف عن المشي كي يحادث شخصاً ما محادثة قصيرة ( درجة الخوف منخفضة ) .
- أن يحيي شخصاً يعرفه في طريقه إلى السوق ( درجة الخوف منخفضة جداً ) .

وتتطلب عملية التعلم من الشخص أن يحافظ على حالة الاسترخاء لديه وأن يتخيل نفسه في أقل المواقف إثارة للخوف ، وحين يتم إنجاز ذلك بنجاح يواصل العميل ويكرر العملية مع تخيل الموقف التالي الأكثر إثارة للخوف مع الحفاظ على حالة الاسترخاء ، وفي النهاية يتعلم العميل أن يحافظ على حالة الاسترخاء وهو يتخيل أكثر الأحداث إثارة للخوف في التدرج الهرمي ، وهذا النوع من التحصين يسمى التحصين التخيلي imaginai desensitization وهو يقابل التحصين الواقعي in-vivo desensitization وهو يتضمن أن يتعرض الشخص لمخاوف الحياة الواقعية بشكل تدريجي . وعلى سبيل المثال فإن الشخص المصاب برهاب الأماكن الفسيحة ويتجنب الخروج من منزله يبدأ بأن يفتح الباب الخارجي لمنزله ثم يستمر بأن يخطو خطوات قليلة إلى الشارع ، ويستمر حتى يتمكن من الذهاب إلى السوق .

ولقد أجريت دراسات عديدة لتقييم فاعلية هذا العلاج مع مختلف المخاوف والفوبيات ، ويوحي الدليل العلمي بأن العلاج السلوكي يفلح معها ( مثل دراسة كازدن و ويلكوكسن ١٩٧٦ Kazdin & Wilcoxin ) وذلك على الرغم من وجود بحوث بينت أن الاسترخاء بوصفه مكوناً من مكونات العلاج السلوكي ليس ضرورياً دائماً ( فولبه ١٩٩٠Wolpe) وأن عنصر التعرض للموقف المرهوب هو العنصر الأكثر فاعلية في مساعدة الناس على التغلب على مصاعبهم مما جعل التعرض عنصراً مهماً من عناصر الإجراءات العلاجية السلوكية .

### الغمر Flooding

وهناك علاج آخر يقوم على التشريط الكلاسيكي وهو أسلوب الغمر وهو يتضمن تعرض المريض للموضوع المرهوب بشدته الكاملة دون استرخاء وبشكل مباشر غير تدريجي .

والمنطق الكامن وراء ذلك هو أن الغمر يخفض القلق من خلال عملية الانطفاء extinction بمعنى أن المثير الشرطي يقدم للمبحوث بشكل متكرر دون تجنب حتى تنطفيء الاستجابة غير الشرطية ولا تحدث ( فولبه ۱۹۹۰ Wolpe )

وفي العادة حين نخاف من شيء فإننا نتجنبه ومن ثم لا يحدث الانطفاء ، والغمر يمكن أن يؤدي إلى استثارة القلق الشديد لذا ينبغي مع بعض المرضى استخدام شكل من أشكال التعرض المتدرج graded exposure لتجنب القلق الشديد .

والتعرض المتدرج هو نفسه الغمر عدا أن التعرض للشيء المرهوب أو الباعث على التهديد يتم من خلال سلسلة من الخطوات الصغيرة . ويتماثل التعرض المتدرج مع عملية التحصين المنهجي عدا أن الاسترخاء لا يكون متضمناً ، وفي حين يتم إجراء التحصين المنهجي في الخيال أو في الواقع ، يحدث التعرض المتدرج في بيئة الحياة الواقعية .

ولقد استخدم المعالجون السلوكيون فنيات التعرض بنجاح مع مرضى الفوبيات واضطراب توتر ما بعد الصدمة ، والمشكلات الوسواسية القهرية .

## ***العلاج بالتنفير Aversion Therapy***

ويطبق المعالجون السلوكيون نظرية التشريط الكلاسيكي في العلاج بالتنفير والفكرة هنا هي أن يتناول المعالج سلوكاً غير مرغوب ويزاوجه مع نتيجة غير ساره ويجعله مقترناً بها مما يجعل السلوك غير المرغوب يرتبط بالنتيجة السلبية مما يقلل من تكرار حدوثه .

وقد استخدم العلاج بالتنفير لأول مرة كانتوروفتش (۱۹۳۰) Kantorovich مع أناس يعانون من إدمان الكحول حيث استخدم الصدمات الكهربيه electric shocks مصاحبة لرائحة الكحول ورؤيته وطعمه . .

ويستخدم العلاج بالتنفير أيضاً لمساعدة الشخص على الامتناع عن التدخين فالشخص الذي يود التوقف عن التدخين يتناول حبة من دواء يجعله يشعر بالغثيان وحين يشعر بذلك يطلب منه أن يدخن فيصبح التدخين مرتبطاً بالشعور بالغثيان مما يقلل من احتمال تكرار التدخين .

وعلى الرغم من مواجهة العلاج بالتنفير لاعتراضات أخلاقية : ethical objection وأن الدليل العلمي على فاعليته ليس قوياً بشكل متسق إلا أن هناك حالات يكون فيها شديد الفائدة .

ومثال ذلك الدراسات الكلاسيكية التي أجراها بوشر ولوفاس (١٩٦٧) Bucher & Lovaas واستخدما فيها الصدمات الكهربية لتقليل سلوك تدمير الذات self-destructive behavior لدى طفل ذاتوي ، ودراسة لانج وميلاميد (١٩٦٩) Lang & Melamead وفيها استخدما الصدمات الكهربية على قدمي طفل ونجحا في تقليل سلوك القيء المستمر المهدد للحياة ودراسة ماركس وآخرين Marks et al(١٩٧٠) وفيها استخدما علاج التنفير بنجاح مع أناس لديهم اضطرابات جنسية . وعلى آية حال فإن هذه الأساليب أقل استخداماً اليوم حيث يوصي الكلينيكيون باستخدام الصور غير العقابية non –punitive forms من العلاج قدر الإمكان ( روسو وآخرون ١٩٨٠ Russo )

## *النمذجة والاقتداء بالنموذج Modelling*

لقد وصف ألبرت باندورا Albert Bandura عملية النمذجة أو الاقتداء بالنموذج وهي تتضمن تعلم السلوك من خلال مشاهدة الآخرين ؛ أي التعلم عن طريق التقليد والمحاكاة learning by imitation ( باندورا ووالترز Bandura & Walters١٩٦٣ وباندورا ١٩٦٩ ) .

ومن المثير للاهتمام أن فرويد (١٩٤٠/ ١٩٦٩) قد ناقش أيضا عملية التعلم من خلال التعيين الذاتي وكيف يتعين الأطفال ذاتياً مع الوالد من نفس الجنس .

ولقد أجرى باندورا سلسلة من الدراسات فيها قام الأطفال بمشاهدة الراشدين يتصرفون إما بشكل عدواني أو غير عدواني ثم سمح للأطفال أن يلعبوا وقد وجد أن الأطفال الذين شاهدوا الراشدين العدوانيين كانوا أكثر ميلاً للعب بطريقة عدوانية أكثر من الأطفال الذين شاهدوا راشدين غير عدوانيين .

ويمكن استخدام النمذجة أو الاقتداء بالنموذج لمساعدة المرضى الذين يعانون من مشكلات مرتبطة بالقلق و بصفة أساسية يشاهد العميل المعالج وهو يتصرف ويسلك سلوكاً مناسباً فيتعلم أن يقوم بذلك السلوك بنفسه ، وفي الغالب يتم إجراء النمذجة باستخدام نظام هيراركي متدرج من السلوكيات المنفرة بشكل متزايد تتضمن المواقف أو الأشياء المخيفة .

وعلى الرغم من أن أسلوب باندورا أسلوب سلوكي إلا أنه يعتمد على التعلم الاجتماعي Social learning وقد زعم باندورا أن تلك الفنية فعالة لأنها تزيد من شعور الفرد بالكفاءة الذاتية self-efficacy بمعنى ثقة الفرد في أنه قادر

على أداء المهمة ، ولكن الكفاءة الذاتيه هي تكوين فرضي داخلي ليس عرضة للملاحظة والقياس بالمعنى السلوكي الصارم .

ويبدو أن المكون العلاجي الفعال الشائع في الفنيات العلاجية السابقة هو التعرض للشيء غير المرغوب أو المرهوب ( ماركس Marks۱۹۹۰ ) وتلك العلاجات القائمة على التعرض هي الآن العلاج المفضل لعديد من المشكلات المرتبطة بالقلق . ويرى المعالجون السلوكيون أن الأساليب القائمة على التعرض مفيدة في علاج المخاوف والفوبيات (بارلو ۱۹۸۸ Barlow ) وأنها على الأقل بمثل فعالية العلاجات الحيوية الطبية في علاج الخوف والفوبيا (مارجراف وآخرون ۱۹۹۳ Margraf et al ) وعلى الرغم من أن تطبيق تلك الفنيات العلاجية على باقي الاضطرابات النفسية محدود إلى حد كبير ( دافي Davey۱۹۹۲ ) إلا أنها ذات شعبية وشائعة الاستخدام لدى المعالجين التوفيقيين .

## *الفنيات القائمة على التعزيز Reinforcement based techniques*

وهناك علاجات أجرى قائمة على التشريط الإجرائي تستخدم جداول التعزيز reinforcement schedules لتشكيل السلوك وفيها يقوم المعالج بإجراء تحليل سلوكي لفهم الظروف المسئولة عن استمرار السلوك ومتى يحدث ذلك السلوك ؟ ولماذا ؟ ثم يتدخل المعالج مسلحاً بتلك المعلومات فيغير الظروف بطريقة جداول التعزيز لزيادة تكرار السلوك المرغوب وتقليل تكرار السلوك غير المرغوب . وهناك مثال على ذلك الأسلوب استخدمه لوفاس (۱۹۷۷) لاستثارة الكلام لدى الأطفال الذاتويين autistic children وقد استخدم أليون وآزرين ۱۹٦۸ Allyon & Azrin الفنيات الإجرائية operant techniques حين لاحظا وجود مشكلات في الأكل eating problems لدى مرضى الذهان المزمن chronic psychotics وقد افترضا أن تلك المشكلات مرتبطه وظيفياً بالتعزيزات التي يقدمها أفراد هيئة العلاج في المستشفى ففي أوقات الطعام كان الأطباء و الممرضات يقتربون من المرضى الذين لديهم صعوبات في الأكل ويساعدونهم ، وقد افترض أليون وآزرين أن تلك الزيادة في الاهتمام الاجتماعي كانت إثابة للمرضى ، وأنها ساعدت على استمرار السلوك اللاتوافقي .

وهكذا غير أليون و آزرين روابط التعزيز فجعلا الأطباء و الممرضات يتجاهلون مشكلات الأكل ويحصرون اهتمامهم في السلوكيات الأخرى المرغوبة اجتماعيًا والأكثر توافقية ، وفي خلال بضعة أيام لاحظ الباحثان أن السلوك المضطرب

غير التوافقي قد انطفأ . ثم وضع الباحثان نظاماً للإثابة monetary token system يستخدمه الأطباء لإثابة السلوكيات المرغوبة لدى المرضى مثل ترتيب الأسرة والاستحمام ، وخصم تلك الإثابات عقاباً على السلوكيات غير المرغوبة ، وكانت الإثابات عبارة عن فيشات tokens يمكن للمرضى استبدالها وأخذ بضائع ومزايا مقابلها مثل مشاهدة التليفزيون والخروج في رحلات ، وقد أدى ذلك إلى تأثير إيجابي وهو زيادة السلوكيات التوافقية ( أليون و آزرين Allyon & Azrin ١٩٦٨ ) .

وباختصار فإن النموذج السلوكي يرى أن السلوك القابل للملاحظة هو الموضوع الوحيد المناسب لعلم النفس ، وقد رأى واطسون أن الأفكار والمشاعر يمكن قياسها بشكل موضوعي ، وفي العلاج السلوكي يكون مركز الاهتمام هو السلوك نفسه حيث يحاول المعالج أن يغير ذلك السلوك باستخدام مجموعة من الفنيات مثل التنفير والغمر وغيرها من الفنيات المشتقة من العلاج السلوكي تستخدم مع مجموعات متنوعة من المرضى مثل المرضى المصابين باضطرابات الأكل (جرينبرج و ماركس Greenberg & Marks ١٩٨٢ ) والمشكلات العصابية ( سترافينسكي وآخرون Stravynski et al ١٩٨٢ ) ومشكلات الرهاب والوسواس القهري ( أوسوليفان وماركس O'Sullivan & Marks ١٩٩١ ) وهناك مجموعة متنوعة من المختصين الصحيين مدربين الآن على استخدام فنيات العلاج السلوكي ( دوجان وآخرون Duggan et al ١٩٩٣ ) .

وكما ذكرنا من قبل فإن الأسلوب السلوكي بسبب توكيده على السلوك القابل للملاحظة فإنه يخضع بشكل جيد للبحث العلمي التقليدي ، ولكن بعض الباحثين انتقدوا الأسلوب السلوكي بأنه غير قادر على التعامل مع تعقيدات السلوك البشري حيث أن الكثير من السلوكيات تحدث نتيجة أفكار ومشاعر غير قابلة للملاحظة ونرى ذلك في أسلوب باندورا .

ولا يستخدم العلاج السلوكي دوماً في صورته الخالصة اليوم كما أن العديد من مباديء التعلم قد دخلت ضمن الأسلوب المعرفي مما أدى إلى نشأة ما يعرف بالعلاج المعرفي السلوكي ، وأحد أسباب ذلك هو أن الفنيات السلوكية على الرغم من نجاحها في حل مشكلات عديدة للقلق إلا أنها لا تعمل جيداً في علاج المشكلات الاكتئابية ، وعلى العكس من ذلك فإن الأسلوب المعرفي يسهم جيداً في فهم الاكتئاب ومدى أوسع من المشكلات النفسية .

## النموذج المعرفي Cognitive Model

يؤكد النموذج المعرفي على أن المعرفة cognition والتفكير thinking والاستدلال reasoning متغيرات تلعب دوراً في المرض النفسي ، ويعتبر النموذج المعرفي من أحدث النماذج النظرية في مجال علم النفس حيث قدمه ألبرت إليس Albert Ellis عام ١٩٥٠ ونشره وروج له آرون ت. بيك Aaron T. Beck ١٩٧٠ ولكن جذور ذلك النموذج لها تاريخ قديم حيث قال إبكتيتوس Epictetus الفيلسوف الإغريقي إن الأحداث ليست هي التي تجعل الناس تضطرب ، ولكن آراءهم عن تلك الأحداث هي السبب ، وبالمثل يقول الشاعر الانجليزي شيكسبير Shakespeare على لسان هاملت في مسرحيته الشهيرة "لا يوجد شيء جيد أو سيء ولكن التفكير هو الذي يجعله كذلك"

ومن ثم فإن الفكرة التي مؤداها أن طريقة تفكيرنا في أنفسنا وفي العالم تشكل سلوكنا ليست فكرة جديدة ، ولكن إليس وبيك في النصف الثاني من القرن العشرين طورا تلك الفكرة وقدما أسلوب العلاج المعرفي .

ولقد صاحب شيوع الأساليب المعرفية في العلاج حركة مناظرة داخل علم النفس الأكاديمي وميل إلى تبني النموذج المعرفي فقد بدأ الباحثون في دراسة البشر بوصفهم كائنات تقوم بتشغيل المعلومات information processors وأن المشكلات النفسية تحدث حين تتم تلك العملية بشكل سيء ؛ ففي النموذج المعرفي مثلاً تعتبر أعراض الفصام مثالاً على حدوث أخطاء في طريقة تشغيل المعلومات .

إن البيئة الخارجية تمطرنا بوابل من المعلومات ، ولكي نتصرف بشكل مناسب علينا أن ننتبه لتلك المعلومات بشكل انتقائي ، فإذا حدث انهيار في قدرة الشخص على الانتباه الانتقائي فإن المعلومات سوف تكتسح الشخص ولقد رأى المعرفيون أن الفصاميين يعانون من ذلك الانهيار وأن أعراضهم تعبر عن ارتباك داخلي تال لذلك الانهيار ، وعلى سبيل المثال فإن انسحابهم إلى داخل أنفسهم هي طريقتهم في السيطرة على تدفق الإثارة الحسية ، وجعلها في مستوى قابل للتعامل ؛ فإذا كان السلوك المرضي هو نتيجة لطريقة الناس في تشغيل المعلومات وإدراكهم لأنفسهم فهناك إذن متضمنات واضحة للعلاج من حيث مساعدة الناس على إدراك أنفسهم وإدراك العالم من حولهم بشكل مختلف .

ويؤكد العلاج المعرفي على ثلاثة مظاهر من المعرفة وهي الأفكار التلقائية automatic thoughts والافتراضات الكامنة underlying assumptions والتشويهات المعرفية cognitive distortions .

إن تفسيرات الفرد المباشرة للأحداث والتي لم يمحصها تسمى الأفكار التلقائية لأنها تظهر تلقائياً دون إرادة واضحة منه ، وهناك مقدمة منطقية رئيسة في السلوك البشري تطرحها النظرية المعرفية ، وهي أن الأفكار التلقائية تشكل كلاً من انفعالات الفرد ، وأفعاله استجابة للأحداث ، ويقوم العلاج المعرفي على ملاحظة أن الأفكار التلقائية المضطربة ( أي المضخمة أو المشوهة أو الخاطئة أو غير الواقعية ) تلعب دوراً رئيساً في المرض النفسي ، وأننا لو تمكنا من تحديد الأفكار التلقائية التي يخبرها العميل في المواقف المشكلة فإن ذلك يزودنا بتفسير بسيط للاستجابات غير المفهومة الصادرة عنه . والأفكار المضطربة التي يعبر عنها العميل تكون متطرفة إلى حد أن الآخرين يصعب عليهم فهم كيف أن شخصاً ذكياً كفؤاً جيد التعليم يعتقد في أشياء كهذه دون سبب عميق يكمن وراءها .

وهناك مسلمة ثانية للعلاج المعرفي وهي أن معتقدات الفرد وافتراضاته وتصوراته تشكل إدراكه وتفسيره للأحداث .

وهناك مسلمة ثالثة للعلاج المعرفي تقوم على ملاحظة بيك ( ١٩٧٦) أن الأخطاء المنطقية أو التشويهات المعرفية تكون شائعة لدى العملاء الذين يعانون من عدد من الاضطرابات المختلفة ، وهذه التشويهات المعرفية يمكن أن تؤدي بالأفراد إلى الوصول إلى استنتاجات خاطئة حتى في إدراكهم لموقف واضح ؛ فإذا أدرك الفرد الموقف بشكل خاطيء فإن تلك التشويهات المعرفية يمكن أن تضخم من تأثير الإدراكات الخاطئة .

وعلى الرغم من ضرورة تصميم العلاج المعرفي لكي يناسب الحالة الفردية إلا أن هناك مبادئ عامة تكمن وراء العلاج المعرفي مع كل المرضى :-

## *مبادئ العلاج المعرفي :-*

لقد حدد آرون ت. بيك مبادئ العلاج المعرفي كما يلي :-

١. يقوم العلاج المعرفي على صياغة نظرية دائمة التطور للمريض ومشكلاته من خلال اصطلاحات معرفية .

٢. يتطلب العلاج المعرفي تحالفاً علاجياً قوياً تتوافر فيه جميع المكونات الأساسية الضرورية لموقف الإرشاد والتوجيه والاستشارة وهي الدفء والتعاطف والاهتمام والاحترام الحقيقي والكفاءة .

٣. يؤكد العلاج المعرفي على أهمية التعاون والمشاركة الإيجابية بين المعالج والعميل .

٤. يتسم العلاج المعرفي بأنه علاج متوجه نحو هدف ومركز على مشكلة .

٥. يؤكد العلاج المعرفي بصفة أساسية على الحاضر .

٦. العلاج المعرفي علاج تعليمي لأنه يهدف إلى تعليم المريض أن يكون معالج نفسه كما أنه يؤكد على الحيلولة دون وقوع الانتكاس .

٧. يهدف العلاج المعرفي إلى أن يكون علاجاً محدد الزمن .

٨. تتسم جلسات العلاج المعرفي بأنها جلسات جيدة التحديد .

٩. يعلم العلاج المعرفي العميل أن يحدد أفكاره ومعتقداته المضطربة وأن يقيمها ويستجيب لها .

١٠. يستخدم العلاج المعرفي مجموعة متنوعة من الفنيات لتغيير تفكير المريض وحالته المزاجية وسلوكه مثل التساؤل السقراطي والاستكشاف الموجه وهي فنيات معرفية بصفة أساسية ؛ إلا أن هناك فنيات علاجية أخرى مأخوذة من توجهات علاجية أخرى مثل العلاج السلوكي والعلاج الجشطالتي ، ويختار المعالج الفنيات وفقاً لتصور الحالة والأهداف المحددة للجلسات العلاجية . ( بيك ، ١٩٩٥، ص ١ – ١٢ Beck )

١. التفكير الثنائي dichotomous thinking حيث يميل الفرد إلى تقسيم الأشياء إلى فئتين عامتين لا ثالث لهما ولا وسط بينهما فالشخص إما أن يكون ناجحاً أو فاشلاً والشيء الذي يقل عن الأداء المثالي يكون سيئاً والناس إما أصدقاء أو أعداء .

٢. التعميم الزائد overgeneralization وهنا يرى الشخص حدثاً معيناً على أنه يميز الحياة على وجه العموم بدلاً من أن يكون مجرد حدث بين عديد من الأحداث الأخرى ، وعلى سبيل المثال قد يعتبر الزوج استجابة زوجته له بلا مبالاة في مناسبة معينة أنها لا تحبه ولا تهتم به ، على الرغم من أنها قد بينت حبها واهتمامها في مناسبات أخرى عديدة .

٣. التجريد الانتقائي selective abstraction حيث يضع الفرد مظهراً واحداً من المظاهر العديدة للموقف نصب عينه ومركز اهتمامه ويتجاهل المظاهر الأخرى المهمة في الموقف مثلما يحدث حين يركز الفرد على تعليق سلبي واحد من التعليقات التي قيلت عند تقييم أدائه ويتجاهل باقي التعليقات الإيجابية .

٤. بيان قصور الشيء الإيجابي disqualifying the positive حيث يغفل الفرد الخبرات الإيجابية التي تناقض آرائه السلبية على أساس أنها غير مهمة مثلما يحدث حين لا يصدق الفرد تعليقات أصدقائه وزملائه ويعتقد أنهم يجاملونه .

٥. قراءة الأفكار mind reading حيث يزعم الفرد أن الآخرين استجاباتهم سلبية نحوه دون أن يكون لديه دليل على ذلك ، ومثال ذلك أن يرى الفرد أن الشخص الآخر يعتقد أنه أبله على الرغم من أن ذلك الشخص قد تصرف معه بأدب .

٦. التنبؤ بالغيب fortune telling حيث يتصرف الشخص كما لو كانت توقعاته السلبية للمستقبل حقائق وبراهين ثابتة .

٧. التصور الكوارثي للأحداث catastrophizing حيث يعامل الفرد الأحداث السلبية التي تحدث على أنها كوارث غير قابلة للاحتمال .

٨. التهوين minimization حيث يعامل الفرد السمات الإيجابية أو الخبرات الإيجابية على أنها حقيقية ولكنه يهون من شأنها .

٩. الاستدلال الانفعالي emotional reasoning حيث يزعم الفرد أن الاستجابات الانفعالية تعبر عن الموقف الحقيقي كأن يقرر الفرد أن الموقف لا أمل فيه لأنه يشعر باليأس وانعدام الأمل .

١٠. الينبغيات should statements حيث يستخدم الفرد عبارات لا بد ، وينبغي ، وأنا مضطر لكي يقدم الدافع لسلوكه .

١١. إطلاق التسميات labeling حيث يطلق الفرد تسمية عامة أو حكماً عاماً على نفسه بدلاً من الإشارة إلى أحداث معينة أو أفعال معينة كأن يقول الفرد ( أنا فاشل ) بدلاً من أن يقول ( لقد أفسدت ذلك الموقف ) .

١٢. التفسيرات الشخصية personalization كأن يزعم الفرد أنه السبب في حدث خارجي معين بدلاً من أن يرى أن هناك عوامل أخرى تعد مسؤلة .

ويعترف النموذج المعرفي أيضاً أن الانفعالات يمكن أن تؤثر في العمليات المعرفية ، وأن السلوكيات يمكن أن تؤثر على تقييم موقف من خلال تعديل الموقف نفسه أو من خلال استثارة استجابات معينة لدى الآخرين .

وقد بينت العديد من الدراسات أن الحالة المزاجية يمكن أن تؤثر في التذكر ، وفي الإدراك ( آيزن ١٩٩٤ Isen ) وقد وجد باور ١٩٨١ Bower أن الحزن ييسر استدعاء الأحداث الحزينة في حياة الفرد في حين تيسر السعادة استدعاء الأحداث السعيدة ، وتوحي الملاحظة الكلينيكية أن القلق والغضب يمكن أن يؤثرا في الإدراك . إن الأفكار التلقائية والافتراضات الكامنة والتشويهات المعرفية وتأثير الحالة المزاجية على المعرفة تحد معاً لكي تهيء المسرح لدائرة ذاتية مغلقة لاحظها الباحثون في عديد من الاضطرابات .

***<u>البرت إليس وعلاج السلوك العقلاني الانفعالي</u>***

***<u>نموذج أ – ب – ج A – B – C Model</u>***

لقد عرف أسلوب إليس في العلاج بأنه العلاج الانفعالي العقلاني ثم سمى مؤخراً باسم علاج السلوك العقلاني الانفعالي Rational Emotive Behavior Therapy اعترافاً بأنه يتضمن عناصر قوية من التدريب السلوكي بالإضافة إلى العناصر المعرفية .

لقد افترض إليس أن السلوك المضطرب يحدث نتيجة للمعتقدات اللاعقلانية . ومن أمثلة المعتقدات اللاعقلانية التي ناقشها إليس ما يلي :-

- هناك حاجة ملحة لدى الإنسان الراشد إلى أن يحصل على حب ورضا جميع الأشخاص المهمين في مجتمعه .
- لكي يكون للفرد قيمة لا بد له أن يتصف بالقدرة والكفاءة التامة وأن يحقق إنجازات في كل المجالات الممكنة .
- في الحياة أناس سيئون أشرار وأنذال وينبغي أن يلقى عليهم اللوم ويعاقبوا بشدة على نذالتهم .
- إنها كارثة ألا تحدث الأشياء بالطريقة التي يحب الفرد أن تحدث بها .
- تعاسة البشر لها أسباب خارجية وليس في وسع البشر السيطرة على اضطراباتهم وآلامهم .
- إذا كان هناك شيء مخيف أو يتسم بالخطورة ينبغي للفرد أن يقلق منه بشدة ويظل يخشى أن يتكرر حدوثه .
- إن تجنب الفرد لمصاعب الحياة ومسؤلياته الشخصية أسهل من مواجهتها .
- ينبغي للشخص أن يعتمد على الآخرين وهو يحتاج إلى شخص أقوى منه كي يعتمد عليه .
- يحدد تاريخ الفرد الماضي سلوكه الحالي فإذا حدث للفرد شيء أثر في حياته فلا بد أن يكون له تأثير كبير عليه بالمثل .
- ينبغي للفرد أن ينزعج تماماً لمشكلات الآخرين واضطرابهم .
- هناك حل صحيح ودقيق وكامل لمشكلات البشر فإذا لم يحدث ذلك الحل فإنها كارثة . ( إليس ١٩٦٢ Ellis )

لقد رأى إليس أن الأحداث التي تقع لنا ليست هي التي تؤدي إلى المشكلات النفسية ، ولكنها كيفية فهمنا لتلك الأحداث ، ووفقاً لإليس فإن معتقداتنا our beliefs( ب) عن الأحداث التي تحدث ( أ ) activating events هي التي تحدد النتائج ( ج ) consequences ، ومثال ذلك فإن الطالب الذي لديه اعتقاد قوي بأنه لا بد أن ينجح في كل شيء يفعله ( ب ) عندما يفشل في اختبار ما ( أ ) يميل إلى أن يصبح مكتئباً ( ج ) .

إن المعتقدات غير المنطقية مثل المعتقدات التي وصفها إليس تكون لدى الفرد ما يعرف بالأيديولوجية الإلزامية mustabatory ideology حيث أن لها طبيعة إلزامية قوية مما يضع مطالب ثقيلة على الناس الذين لديهم تلك المعتقدات ( وارن و زوريدس ١٩٩١ Warren & Zgourides ) .

## *الجدال والتفنيد Disputing*

إن الشخص الذي لديه اعتقاد قوي بأنه لا بد أن يحبه جميع الناس ( ب ) إذا لم يحبه أحد الأشخاص ( أ ) يميل إلى أن يصبح مكتئباً ( ج ) . وفي العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي لدى إليس يحاول المعالج أن يساعد العميل على تعديل معتقداته اللاعقلانية ، وأن يستبدلها بمعتقدات أخرى أكثر عقلانية ، وعلى سبيل المثال فإن الشخص الذي لديه حاجة قوية إلى أن يحبه جميع الناس ينبغي أن يتبنى معتقداً جديداً مثل إنه شيء جيد أن يحبني الآخرون ، ولكنني لا أتوقع أن يحبني جميع الناس بنفس الطريقة ، إن بعض الناس لن يحبوني ولكن لا بأس ليس من الضروري أن يحبني كل الناس .

أن العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي علاج إيجابي وباعث على التحدي وتوجيهي active , challenging and directive والفكرة الأساسية فيه هي أن المعالج يتحدى المعتقدات غير العقلانية لدى العميل حتى لا يعود العميل إلى الاعتقاد بأنه لا بد أن ينجح في كل شيء أو أن يحبه كل الناس ، والفنية المركزية في العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي هي الجدال والتفنيد ولقد ذكر إليس أن المعالج يستخدم منهجاً فلسفياً إقناعياً توجيهياً نشطاً سريع الطلقات rapid-fire, active , directive , persuasive , philosophic methodology وفي معظم الأمثلة نجد لدى العميل قليل من الأفكار الأساسية اللاعقلانية التي تحفز الكثير من سلوكياته المضطربة ويتحدى المعالج العميل أن يثبت صدق تلك الأفكار ويبين له أنها مقدمات أو أطروحات غير منطقية زائفة لا يمكن إثبات صدقها ، ويحلل المعالج تلك الأفكار منطقياً ويفندها ، ويبين بقوة وحماسة أنها لا تفلح ، وأنها تؤدي دوماً إلى استمرار السلوك المضطرب كما يبين سخف تلك الأفكار بشكل فكاهي ساخر أحياناً ويشرح للعميل كيف يمكن استبدالها بأطروحات أكثر عقلانية وأكثر عملية ( إليس ١٩٧٣ Ellis ص ١٨٥) .

ويشجع إليس العميل على مراجعة معارفه اللاعقلانية سلوكياً ، وعلى سبيل المثال يرى إليس أن الكثير من السلوك المضطرب لدى الفرد ينشأ من مشاعر

الـذنب فيـشجع الفـرد علـى اسـتخدام تـدريبات الهجـوم علـى الخزي shame-attacking exercises حيث يشجع المعالج العميل على الاندماج في سلوكيات تستثير الشعور بالخزي ، وقد وصف إليس حالة مايرا Myra وهي عميلة كانت تخاف من أن تبدو حمقاء وكيف شجعها إليس على أن تسير في الشارع وهي تمسك في يدها طوق كلب معلق فيه موزة ، وبذلك تعلمت أنه لم يحدث شيء خطير حتى حين تصرفت بشكل أحمق .

وعلى الرغم من أن أسلوب إليس يبدو خشناً إلا أن المعالج لا يهاجم العميل نفسه ولا يهاجم نظامه القيمي ، ولكنه يهاجم العنصر اللاعقلاني في تلك القيم وهذه نقطة مهمة إذ أن هدف العلاج ليس تقليل قيمة العميل ولكن تعديل معتقداته اللاعقلانية .

وهناك بعض العلماء الذين يشككون في استخدام اصطلاح عقلاني استناداً إلى أن معتقدات الناس حتى وإن لم تكن عقلانية إلا أنها أحياناً تكون مفيدة لهم لذا قد يكون من الأفضل اعتبار تلك المعتقدات لاتوافقية maladaptive أو غير وظيفية dysfunctional مضطربة ( أرنكوف وجلاس ١٩٨٢ Arnkoff &Glass )

وهناك عالم آخر بارز في الأسلوب المعرفي هو آرون ت. بيك Aaron T Beck افترض أيضاً أن المشكلات النفسي تنتج عن تفكير خاطيء ورأى أن هدف العلاج هو تغيير الطريقة التي يفكر بها الفرد في الموقف وتحدي الطرق اللاتوافقية في التفكير والتي يعتقد أنها تسهم في حدوث المشكلات النفسية واستمرارها .

## *أرون بيك والعلاج المعرفي*

لقد افترض بيك أن البشر يبدأون في صياغة ووضع قواعد تحكم حياتهم في وقت مبكر في الحياة ، وقد كان بيك يدرس الاكتئاب في الأصل ( بيك ١٩٦٣ ، ١٩٦٧، ١٩٧٤ Beck ) وقد رأى أن جذور الاكتئاب تكمن في الطريقة التي يفكر بها الناس في أنفسهم وفي العالم الذي يعيشون فيه ، وأن المكتئبين يتميزون بطرق غير منطقية في التفكير .

ولقد ناقش بيك الطرق التي بها يضخم الناس مشكلاتهم وفشلهم ويقللون من إنجازاتهم ونجاحاتهم ويصلون إلى استنتاجات مبنية على أساس حدث واحد تافه

أو بسيط ، وعلى سبيل المثال لو أن شخصا تعرفه ، وتعرف أنه ودود سار بجوارك في الشارع بسرعة وتخطاك دون أن يحييك هل تقرر أنه ربما لم يرك أو أنه لا يحبك ؟ تقول نظرية بيك أن الفرد الذي يصل إلى استنتاج أنه غير محبوب على أساس من ذلك الحدث يكون أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من الفرد الذي يقرر أن ذلك الشخص ربما لم يره .

**_المثلث المعرفي السلبي Negative Cognitive Triad_**

لقد رأى بيك أن الطرق غير المنطقية في التفكير تؤدي إلى وجود نظرة سلبيه للذات وللخبرة الحالية وللمستقبل وهذه الآراء السلبية تشكل ما أسماه بيك المثلث المعرفي السلبي الكامن وراء الاكتئاب وذلك المثلث المعرفي السلبي هو أفكار تلقائية سلبية negative automatic thoughts اي طرق تشاؤمية pessimistic في التفكير وأفكار ترد إلى ذهن الفرد مثل :- أنا عديم القيمة ، أو أن الحياة كئيبة ، أو أن لا شيء سيتغير .

وقد ذكر بيك وويشار (١٩٨٩) Beck & Weishaar خمس خطوات للعلاج المعرفي وهي :-

١- أن يتعلم العميل مراقبة أفكاره السلبية التلقائية .
Learning to monitor negative automatic thoughts

٢- أن يتعلم العميل معرفة الصلة بين المعرفة والوجدان والسلوك .
Learning to recognize the connection between cognition, affect and behavior.

٣- فحص الدليل الذي يؤيد أو يعارض الأفكار التلقائية المشوهة .
Examining the evidence for and against distorted automatic thoughts.

٤- إحلال تفسيرات أكثر واقعية محل تلك المعارف المتحيزه .
Substituting more reality-oriented interpretations for these biased cognitions.

٥- أن يتعلم العميل تحديد المعتقدات التي تهيؤه لتشويه خبرته وتغييرها .
Learning to identify and alter the beliefs that predispose a person to distort his experience .

ويحاول المعالج المعرفي أن يساعد العميل على أن يصبح واعيا بأفكاره التلقائية السلبية ويتحداها وفي النهاية يستبدل بها طرقاً أكثر توافقية وأكثر واقعية في التفكير .

## *التجريب أو الامبريقية التعاونية* Collaborative Empiricism

يشجع العلاج المعرفي على نشأة علاقة شراكة تعاونية بين المعالج والعميل حيث يتناولان معاً مشكله العميل باستخدام التجريب التعاوني أي أنهما يعملان معاً على تحديد المشكلة وصياغة فروض حول كيفية الوصول إلى تغيير ( هولون وبيك ١٩٩٤ Hollon & Beck ) وعلى الرغم من وجود أوجه شبه بين أسلوبي إليس وبيك في العلاج المعرفي إلا أن أسلوب بيك أقل توجيهاً وأقل صداماً من أسلوب إليس .

والأن يعتبر العلاج المعرفي علاجاً مستقراً للاكتئاب وتشهد الدراسات على أنه يبدو فعالاً ( دوبسون ١٩٨٩ Dobson ، وهولون وبيك ١٩٩٤) وعلى المدى الطويل يوحي الدليل العلمي بأن العلاجات المعرفية أكثر فعالية من العلاجات الدوائية ( إيفانز وآخرون ١٩٩٢ Evans et al ) وعلى الرغم من أن العلاج المعرفي قد تم تصميمه أصلاً لتخفيض الاكتئاب إلا أن أسلوب بيك تم تطبيقه لفهم مدى واسع من المشكلات النفسية .

وبالفعل فإن واحداً من أوجه النقد الموجهة لأسلوب العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي لدى إليس هو وجود القليل من البحوث المنظمة لكيفية عمل ذلك العلاج مع الصور المختلفة للعلاج النفسي .

ومثلما ذكرنا من قبل فإن علماء النفس والأطباء النفسيين قد تبنوا على وجه العموم وجهة نظر النموذج الطبي النفسي ومن ثم حاولوا أن يحددوا أي العلاجات أفضل مع أي المشكلات باستخدام المنهج العلمي التقليدي .

وقد امتد عمل بيك وزملائه إلى اضطرابات القلق ( بيك وإمري ١٩٨٥ Beck & Emery ) واضطرابات الشخصية personality disorders (بيك وفريمان ١٩٩٠ ) وهناك دليل علمي متزايد على استخدام الاسلوب المعرفي مع الصور المختلفة للمرض النفسي ولقد نمت شعبيته عبر الزمن.وخاصة بين علماء النفس ومنذ نشر أول دراسة عنه في ١٩٧٧ على يد راش و بك و كوفاكس و هولون Rush , Beck , Kovacs & Hollon قام الباحثون باختبار فاعليته بشكل

شامل ، وقد أثبتت الدراسات أنه فعال في علاج الإضطراب الاكتئابي العام (دوبسون ١٩٨٩ Dobson ) واضطراب القلق المعمم ( بتلر و آخرون ١٩٩١ Butler , et al ) واضطراب الفزع ( بارلو و آخرون ١٩٨٩ Barlow , et al وبيك و آخرون ١٩٩٢ Beck , et al وكلارك و آخرون ١٩٩٢ Clark , et al ) والفوبيا الاجتماعية ( جليرنتر و آخرون ١٩٩١ Gelernter , et al وهايمبرج و آخرون ١٩٩٠ Heimberg , et al ) والإفراط في تعاطي المواد ذات التأثير النفسي( وودي و آخرون ١٩٩١ Woddy , et al ) واضطرابات الأكل ( أجراس و آخرون ١٩٩٢ Agras , et al وفيربيرن و آخرون ١٩٩١ Fairburn , et al وجارنر و آخرون ١٩٩٣ Garner, et al ) والمشكلات الزواجية ( باوكوم و آخرون ١٩٩٠ Baucom , et al ) والاكتئاب النفسي لدى المرضى المودعين في المستشفيات ( باورز ١٩٩٠ Bowers وميللر وآخرون ١٩٨٩ Miller , et al وتاس و آخرون ١٩٩١ Thase , et al )

وفي الوقت الحالي يستخدم العلاج المعرفي بوصفه العلاج الوحيد ، أو بوصفه علاجاً مساعداً مع اضطرابات مثل الاضطراب الوسواسي القهري ( سالكوفسكس و كيرك ١٩٨٩ Salkoviskis & Kirk ) واضطراب توتر مابعد الصدمة (دانكو و فوا ١٩٩٢ Dancu & Foa وباروت و هاوز ١٩٩١ Parrott & Howes ) واضطرابات الشخصية ( بيك و آخرون ١٩٩٠ Beck , et al ولايدن و آخرون ١٩٩٣ Layden , et al و يونج ١٩٩٠ Young ) والاكتئاب المتعاقب ( دي روبيز ١٩٩٣ De Rubeis ) والألم المزمن ( ميللر ١٩٩١ Miller و تورك و آخرون ١٩٨٣ Turk , et al ) وتوهم المرض (وارويك و سالكوفسكس ١٩٨٩ warwick & Salkoviskis ) والفصام (شادويك ولو ١٩٩٠ Chadwick & Lowe وتوركنجتون و كنجدون ١٩٩٤ Turkington & Kingdon وبيريز و آخرون ١٩٩٣ Perris , et al ) وقد تمت تجربة العلاج المعرفي مع مجتمعات أخرى غير المرضى النفسيين مثل نزلاء السجون وأطفال المدارس والمرضي الجسميين ذوي الاضطرابات المتنوعة .

ولقد وجد برسونز وآخرون ١٩٨٨ Persons , et al أن العلاج المعرفي فعال مع المرضى المنتمين إلى مستويات تعليمية واقتصادية واجتماعية مختلفة وقد تم تعديل العلاج المعرفي لكي يناسب المرضى من كل الأعمار بداية من

الأطفال في سن ما قبل المدرسة ( نل ١٩٩٣ Knell ) وحتى كبار السن ( كاسي و جرانت ١٩٩٣ Casey&Grant وتومسون وآخرون ١٩٨٦ Thompson , et al ) وقد تم تعديله لكي يناسب العلاج الجمعي ( بوتلر و آخرون ١٩٨٧ Beutler , et al وفريمان وآخرون ١٩٩٣ Freeman , et al ) والمشكلات الزواجية ( باوكوم و إيستين ١٩٩٠ Baucom & Epstejn وداتيليو و بادسكي ١٩٩٠ Dattilio & Padesky ) والعلاج الأسري (بدروسيان و بوزيكاس ١٩٩٤ Pedrosian & Bozicas وإيستين وآخرون ١٩٨٨ Epstein , et al )

وفي كل هذه الصياغات والتعديلات يظل جوهر العلاج المعرفي واحداً وهو أن المعالج يسعى بطرق عديدة إلى إحداث تغيير معرفي في تفكير المريض ونسق معتقداته كي يؤدي ذلك إلى إحداث تغيير وجداني وسلوكي ثابت لديه .

وعلى آية حال يعرف المعالجون أنه لا يوجد نموذج واحد من العلاج النفسي يقدم لنا فهماً مكتملاً لكيفية نشأة المرض النفسي وكيفية علاجه ولهذا السبب اهتم عديد من المنظرين بإيجاد طرق يمكن بها عمل تكامل بين النماذج النظرية المختلفة ولعل أشهرها النموذج المعرفي السلوكي .

## *الأساليب المعرفية السلوكية Cognitive–behavioral approaches*

لقد قام المعالجون بإجراء تكامل بين الأفكار المعرفية الجديدة مع الأفكار السلوكية فيما يعرف بالعلاج المعرفي السلوك Cognitive-Behavioral Therapy ( CBT)

## *التدريب التعليمي الذاتي لمايكنبوم Meichenbaum's Self - instructional Training*

من أول فنيات العلاج المعرفي السلوكي التدريب على التعليم الذاتي وقد قدمها مايكنبوم (١٩٧٧)Meichenbaum وهذا الأسلوب يساعد العميل على التركيز على عمليات التفكير لديه ، وكيف تؤثر تلك العمليات على السلوك بهدف السماح للعميل بالسيطرة على أفكاره بطريقة تحسن أداءه وتقلل شعوره بالمعاناة ، وبنفس الطريقة يستخدم الأطفال الحديث مع النفس حين يتعلموا مهارات جديدة .

ويهتم أسلوب مايكنبوم بالحوارات الداخلية internal dialogues كما يشجع العميل على التعبير عن حواراته الداخلية مع نفسه وأن يغير التعليمات التي يعطيها لنفسه ، وفي التدريب على التعليم الذاتي يعيد المعالج تدريب العميل على الطريقة التى يتحدث بها مع نفسه بشكل يقلل من الحديث اللاتوافقي مع الذات ويزيد من الحديث التوافقي مع الذات .

وبصفة أساسية يقدم المعالج للعميل نموذجاً على حديث الذات الجديد ويتدرب عليه العميل بصوت مرتفع ، ومع الوقت يتحدث العميل مع نفسه بالطريقة الجديده حديثاً صامتاً ويستمر في ذلك حتى يصبح حديث الذات الجديد أمراً معتاداً habitual ومثلما يحدث في تعلم المهارات الجديده يشجع المعالج العميل على التدريب حتى تصبح العبارات الذاتية أكثر إيجابية لكي يعزز نفسه بشكل إيجابي ويتغلب على الفشل باستخدام حديث الذات .

واليوم يغطي العلاج السلوكي المعرفي مدى واسع من الأساليب بعضها أكثر سلوكية والبعض الآخر أكثر معرفية واستناداً إلى مدى الفنيات المعرفية السلوكية التي تم تطويرها يمكن للمعالج أن يصمم تدخلات علاجية معرفيه سلوكية لاستخدامها مع العملاء ذوي المشكلات النفسية المحددة . ويعتبر الأسلوب المعرفي السلوكي هو المنظور السائد اليوم في علم النفس وقد أصبح شائعاً داخل التراث البحثي للمساعدة الذاتيه self-help (برسود ١٩٨٨ Persaud ) .

وسنعرض فيما يلي بعض الحالات المرضية التي عرضها أولتمانز ونيل ودافيسون ( ٢٠٠٠ ) وكيف تم التعامل معها علاجياً باستخدام الأسلوب السلوكي والمعرفي :-

والحالة التالية هي حالة اضطراب وسواسي قهري Obsessive compulsive disorder وهي حالة امرأة متزوجة وأم لأربعة أطفال كانت تعاني من مشكلات مرتبطة بالحصر تتمثل في شكل أفكار متطفلة متكررة تدور حول سلامة أطفالها وأمنهم ، وكان نظامها اليومي تعوقه سلسلة طويلة من طقوس العدد التي كانت تؤديها كل يوم في أنشطتها اليومية كالتسوق والتدخين وشرب القهوة ، وعلى الرغم من اقتناع المريضة بعدم معقولية طقوسها إلا أنها كانت تشعر بقدر كبير من الراحة حين تراعيها بدقة ، وقد كانت المريضة تشعر بعدم الرضا عن زواجها ولديها مشكلات في التعامل مع أطفالها .

ولقد اعتبر المعالج أن ممارسة الطقوس لدى المريضة جزء واحد من الموقف الكلي الصعب لحياتها ؛ فقد كان وسواس العدد لدى المريضة محاولة منها لإعادة

الشعور بالسيطرة الشخصية على حياتها حيث كانت المريضة منصاعة في علاقتها بزوجها ، وغير فعالة في تفاعلها مع أطفالها ، ومن هنا اتجه العلاج نحو تنمية مهاراتها الشخصية لإعطائها قدراً أكبر من السيطرة على بيئتها .

وقد رأى المعالج أن علاقتها بأسرتها لو أصبحت أكثر إشباعاً فإن ذلك سيقلل من محاولاتها الخرافية غير الفعالة لتحقيق السيطرة الذاتية .

ويضع أصحاب نظرية التعلم اهتماماً أساسياً على التعزيز السلبي، ومؤداه أن احتمال حدوث استجابة يزداد إذا كانت تلك الاستجابة تؤدي إلى إنهاء وإيقاف مثير منفر ، هذا بالإضافة إلى تخفيض القلق الذي يرتبط بأداء الطقوس ؛ فقد كانت الطقوس تمكن المريضة من تحييد القلق ، ومن ثم كان ذلك الطقس يتعزز ويستمر من خلال خفض القلق .

وتتماثل هذه النظرة مع التحليل النفسي الذي يعتبر العرض المرضي وسيلة لتخفيف التوتر والقلق ، وتختلف النظريتان في أن السلوكية لا ترى أن سبب القلق لدى المريضة هو وجود دفعة لاشعورية لديها لإيذاء أطفالها ولا ترى أن تخفيض القلق يتم عن طريق ميكانيزم دفاعي ينشط لاشعورياً.

وقد تضمن علاج المريضة بعض العناصر السلوكية ؛ فقد علمها المعالج أن تصبح أكثر توكيداً لنفسها وأن تعامل أطفالها بشكل أكثر فاعلية ، ومن ثم أصبح المنزل أقل تنفيراً ، ومن ثم تمت إزالة أحد مصادر التعزيز السلبي للطقوس .

ولقد حاول أصحاب النظريات المعرفية مثل ماندلر ١٩٧٥ Mandler أن يثبتوا أن إدراك الشخص للسيطرة والضبط متغير مهم في فهم القلق حيث يميل الناس إلى أن يكونوا أكثر قلقاً حين لا يتمكنوا من السيطرة على سلوكهم وعلى أحداث بيئتهم .

وقد قدم بارلو ١٩٨٨ Barlow نظرية فيها يلعب إدراك الشخص للسيطرة دوراً مهماً وتبدأ نظرية بارلو بالاعتراف بأن معظم الأسوياء تراودهم أفكار متطفلة ليست لحوحاً أو مزعجة ولكنها قد تهيء المسرح لنمو الاضطراب الوسواسي القهري إذا تضافرت عدة عوامل في نفس الآن . ووفقاً لنموذج بارلو ١٩٨٨ فإن مرضى الاضطراب الوسواسي القهري قد يكونوا ممن :-

١. يستجيبون للتوتر استجابات وجدانية مضخمة .
٢. يكونوا معرضين للاعتقاد بأن الأشياء تقع خارج نطاق سيطرتهم .
٣. تعلموا أن بعض الأفكار خطيرة أو غير مقبولة على وجه العموم .

وحين ينزعج الشخص من تكرار ظهور الأفكار الممنوعة فقد يناضل لتجنبها ويزيد ذلك من حدة المشكلة ( ويجنر ١٩٨٩ Wegner ) وتتضخم هذه الدائرة

المغلقة الشريرة من التغذية الراجعة السلبية وتزيد من مشاعر العجز وفقدان السيطرة وتركيز الانتباه في مدى ضيق من محتوى الأفكار غير المرغوبة ويتصاعد مستوى القلق لدى الشخص فيستخدم الطقوس القهرية في محاولة السيطرة على الأحداث العقلية وخبرات الحياة أيضاً .

وهناك بعض البيانات الإمبيريقية التي تبين أن العلاج السلوكي فعال في علاج الاضطرابات القهرية ( راكمان وهودجسون ١٩٨٠ Rachman & Hodgson) ويبدو أن أكثر إجراءات العلاج فاعلية يكون في البيئة الواقعية أو في الحياة وهو التعرض المتدرج المطول prolonged graded exposure مع منع الاستجابة وقد استخدم هذا الأسلوب راكمان وآخرون Rachman et al ١٩٧٥ مع عشرين حالة من حالات الاضطراب الوسواسي المزمنة ، وبعد انتهاء العلاج بسنتين كان ( ١٥ ) حالة منها لا يزال التحسن لديها مستمراً وعلى الرغم من عدم وجود مجموعة ضابطة في الدراسة إلا أن التنبؤ بمآل الحالة يكون ضعيفاً بالنسبة للمرضى الذين يعتقدون أن العلاج نفسه هو المسئول عن ذلك التحسن .

وتبين الدراسات المضبوطة أن استخدام أسلوب التعرض مع منع الاستجابة صورة فعالة من العلاج مع مرضى الاضطراب الوسواسي القهري ( فوا وآخرون ١٩٨٥ Foa et al ) وفي بعض الحالات يكون العلاج الدوائي مفيداً خاصة إذا تزاوج مع العلاج السلوكي .

ونعرض فيما يلي <u>*حالة مريض مصاب باضطراب الفزع مع رهاب الأماكن الفسيحة*</u> Panic Disorder with Agoraphobia كان المريض في الحادية والثلاثين من عمره يعمل مندوباً لبيع بوالص التأمين ، وكان يشعر بنوبات فزع في أماكن متعددة مثل السوق والمسرح مع صداع وآلام في الرقبة والكتفين وشعور بالفزع عند مقابلة العملاء .

ويرى نموذج التشريط ( ميللر ١٩٤٨ Miller و مورر ١٩٤٧ Mowrer ) مشكلة هذا المريض على أنها استجابة خوف تعلمها المريض من خلال الارتباط بين المثيرات التي كانت محايدة فيما سبق ( مثل مسرح مزدحم ) وبين مثير مؤلم أو مخيف ، وحيث أن المريض قد تعلم الخوف في مواقف معينة فإن تجنبه لها ربما تدعم من خلال تخفيض القلق الذي شعر به بعد أن هرب من الموقف .

والحقيقة أن هناك مشكلات عديدة تواجه هذا النموذج كما رأى كوستيلو ١٩٧٠ Costello وسيلجمان ١٩٧١ Seligman وإحدى تلك المشكلات هي أن القليل من المرضى المصابين باضطرابات الحصر يتذكرون أنهم قد مروا بخبرة حدث صادم ( سوليوم وآخرون ١٩٧٤ Solyom, et al )

وفي حالة المريض التي نناقشها كانت نوبة الفزع الأولى لديه خبرة مخيفة بالتأكيد وربما أصبح الخوف الذي شعر به مرتبطاً بالمثيرات التي كانت موجودة حين حدثت النوبة ، وتفسر هذه العملية استمرار ميله إلى تجنب الأماكن العامة المزدحمة ، ولكنها لا تفسر البداية الأصلية لخوفه الشديد .

أما نظرية التعلم التقليدية فتفسر المشكلة على أنها استجابة نمت في جزء كبير منها من خلال ارتباط المثيرات المحايدة سابقاً مع خبرة مخيفة ، ومن المفترض أن المثيرات المحايدة انفعالياً مثل المثيرات الموجودة في مسرح مزدحم ترتبط بالخوف الشديد من خلال عملية التشريط الكلاسيكي ، وحيث أن المريض قد تعلم أن يخاف من مواقف معينة فإن تجنبه لها ربما قد تدعم من خلال تخفيض الحصر الذي شعر به بعد هروبه ، ولقد تم تطبيق هذا النموذج على الفوبيات النوعية (ماركس ١٩٨٧ Marks ) والتي ترتبط بمثيرات واضحة في بيئة الشخص الخارجية .

ولقد ناقش فولبه و روان ١٩٨٨ Wolpe & Rowan على سبيل المثال أن نوبات الفزع المتعاقبة تكون نتيجة للتشريط الكلاسيكي بشكل نمطي حيث يفترض أن النوبة الأولى لدى الشخص ( الاستجابة غير الشرطية ) سببها أحاسيس فسيولوجية باعثة على الاضطراب تصاحب زيادة سرعة التنفس ( المثير غير الشرطي ) في وجود حصر طويل المدة و مرتفع الشدة لذا فإن المثيرات الداخلية

المصاحبة للنوع المنخفض الشدة من سرعة التنفس ( المثيرات الشرطية ) تستثير نوبات فزع أخرى ( الاستجابة الشرطية ) . ويسمح افتراض أن المثيرات الشرطية هي مثيرات داخلية لهذا النموذج بأن يفسر النوبات المرضية بأنها لا ترجع إلى المثيرات البيئية ، ولسوء الحظ فإن إدخال المثيرات الداخلية إلى هذا النوع من نماذج التشريط الكلاسيكي نتج عنه بعض الخلط المفاهيمي فالأحاسيس الفسيولوجية التي يفترض أنها تشكل النوبة هي نفسها تعريف النوبة المرضية.

وقد أشار ماكنالي ١٩٩٠ McNally إلى أن نموذج فولبه يرى نوبة الفزع على أنها تمثل كلاً من المثير غير الشرطي والاستجابة غير الشرطية ، وبمعنى آخر فإن ذلك النموذج يفترض أن النوبة تؤدي إلى نفسها ، وكان من الممكن للنموذج أن يكون أكثر فائدة لو تمكن من توضيح تلك القضايا وتعريف المتغيرات الداخلية والسلوكية بشكل أكثر تحديداً .

وتؤكد الاتجاهات المعرفية على الطريقة التي يفسر بها الناس المعلومات الواردة إليهم من بيئتهم ، ووفقاً لبيك وإمري ١٩٨٥ Beck & Emery فإن الانفعالات اللاتوافقية مثل الحصر المعمم المزمن تكون نتيجة لمخططات هزيمة الذات ، فإن بعض الناس يجعلون أنفسهم قلقين بشكل غير ضروري من خلال تفسير معظم الأحداث بأسلوب سلبي ؛ إنهم يرون العالم بشكل مشوه متحيز ضد أنفسهم وتؤدي الأفكار والصور الذهنية السلبية التي تستثيرها الأحداث البيئية إلى مشاعر مستمرة بالتهديد وعدم الأمن .

وهناك نظرية معرفية مؤثرة لتفسير اضطراب الفزع قدمها كلارك ١٩٨٦ Clark ترى أن اضطراب الفزع سببه إساءة تفسير الأحاسيس الفسيولوجية المصاحبة للاستجابات الانفعالية السلبية ( مثل تغير معدل ضربات القلب والتنفس والدوار ، ويصاحب تلك العملية ضيق بؤرة انتباه الشخص وزيادة وعيه بالأحاسيس الجسمية ) حيث يسيء الشخص تفسير تلك الأحاسيس الجسمية ويصورها على أنها حدث صادم مدمر . وتستمد نظرية كلارك دعمها البحثي من خلال دراسات عديدة قررت أن الخبرة الذاتية للأحاسيس الجسمية ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالمقولات الذاتية غير التوافقية لدى مرضى اضطراب الفزع ( ماكنالي ١٩٩٠ McNally )

ولقد جمع المعالج الذي تولى هذه الحالة بين أسلوب الاسترخاء وبين الأسلوب المعرفي ( رابي و بارلو ١٩٨٨ Rapee & Barlow ) فقد افترض المعالج أن إدراك المريض للأحداث الاجتماعية والأشياء التي يقولها لنفسه عن تلك الأحداث تلعب دوراً مهماً في استمرار الحصر لديه ، ولقد ساعد المعالج المريض

على معرفة الأنواع العامة من المقولات الذاتية التي ارتبطت بقلقه ثم صمم معه عبارات أكثر مناسبة استطاع المريض أن يستخدمها للتغلب على المواقف الضاغطة بكفاءة . وبالإضافة إلى مساعدة المريض على الاستبصار بمشكلته قام المعالج بتعليم المريض مهارات معرفية خاصة ( المقولات التوافقية للذات ) والتي كانت غائبة من قبل عن سجل استجابات التغلب لديه ، ولو كان الاستبصار كافياً لانخفض مستوى القلق لدى المريض بمجرد معرفته أنه قد تمسك بمجموعة من المعتقدات غير العقلانية ، ولكن ذلك لم يحدث ، لقد اتضح حدوث التغير الإيجابي بعد فترة طويلة من التدريب على استخدام المقولات العقلانية للذات داخل جلسات العلاج وخارجها .

ولم يعتمد المعالج على الصورة المعرفية من العلاج فقط بل ساعد المريض على تعلم استجابات سلوكية معينة ( مثل الاسترخاء التطبيقي العملي ) وأصر على أن يواجه مواقف عديدة في البيئة الطبيعية ، وهذا الأسلوب قائم على معرفة أنه على الرغم من أن المتغيرات المعرفية تلعب دوراً مهماً في عملية التغير ، إلا أن برنامج العلاج الأكثر فاعلية يقوم على الأداء ، وقد كان ذلك واضحاً في حالة هذا المريض حيث أن خوفه من الأماكن العامة المزدحمة لم ينخفض بوضوح حتى سيطر على سلسلة من تلك المواقف من خلال إجراء التعرض المطول .

وتبين الدراسات المضبوطة لنتائج العلاج أن الإجراءات المعرفية السلوكية ذات كفاءة في علاج اضطرابات القلق ( بركوفيك وكوستيلو ١٩٩٣ Borkovec & Costello وشامبليس وجيليس ١٩٩٣ Chambless & Gillis )

وهناك تقرير بحثي كتبه بارلو وآخرون ١٩٨٩ Barlow , et al قارنوا فيه بين ثلاث صور من التدخل العلاجي مع مرضى اضطراب الفزع ، وقد قام الباحثون بتوزيع المرضى عشوائياً على مجموعات العلاج ، أو مجموعة الانتظار الضابطة ، وقد تم علاج المرضى لمدة خمسة عشر أسبوعاً في أحد ظروف العلاج التالية :- .

١. استرخاء العضلات التطبيقي العملي .
٢. التعرض وإعادة البناء المعرفي .
٣. الاسترخاء متحداً مع التعرض وإعادة البناء المعرفي .

ولقد وجد الباحثون أن أشكال العلاج الثلاثة فعالة ، وذلك من خلال تقديرات التوافق التي قام بها كل من الاختصاصيين الكلينيكيين والعملاء ، ولقد انخفضت نوبات الفزع بشكل دال في كل مجموعات العلاج الثلاث واختفت تلك النوبات تماماً لدى مجموعة العلاج بالتعرض وإعادة البناء المعرفي .

ولقد تحرر ما يقرب من ٩٠% من العملاء في مجموعات العلاج كلها من الفزع عند نهاية العلاج ، وقد بينت نتائج المتابعة أن معظم هذه الآثار الإيجابية للعلاج قد استمرت ستة شهور على الأقل بعد نهاية العلاج . وتوحي نتائج هذه الدراسة إجمالاً أن الإجراءات المعرفية السلوكية فعالة في علاج مرضى اضطرابات الفزع .

ونعرض فيما يلي *حالة مريضة مصابة باضطراب توتر ما بعد الصدمة* ( صدمة اغتصاب ) وكانت المريضة امرأة غير متزوجة في العشرين من عمرها تعرضت للاغتصاب ، وقد تلا ذلك انحدار درجاتها التحصيلية ، وحدوث مشكلات في الاستذكار والعلاقات الاجتماعية وصعوبات في النوم ، وتكرار حدوث صور ذهنية حادة وحية لأحداث عنيفة تكون فيها ضحية هجوم من الخلف أو هجوم جنسي هذا بالإضافة إلى الكوابيس .

وقد استخدم المعالج مع الحالة العلاج السلوكي المعرفي المركز ، وكان العلاج يتكون من شقين :-

*الشق الأول :-* هو التعامل مع العمليات المعرفية التي تطيل من رؤيتها اللاتوافقية للأحداث الصادمة ، وهنا استخدم المعالج إجراءات خاصة تتضمن مراقبة الذات للأنشطة والقيام بواجبات متدرجة ( مثل خروج المريضة لوحدها من المسكن ) وتعديل الأفكار اللاتوافقية فيما يتعلق بحادثة الاغتصاب ( مثل الذنب ولوم الذات ) ( فوا و روثباوم ١٩٩٠ Foa & Rothbaum )

*الشق الثاني :-* كان قائماً على التعرض المطول حيث تعيش المريضة الصدمة الأصلية ثانية ولكن في موقف آمن لكي تنخفض تدريجياً الشدة الانفعالية المرتبطة بذكرى الحدث ، وتقوم هذه الخطوة على نظرية مؤداها أن الحدوث المتكرر لمثير منفر يؤدي إلى اعتياده ( ويعرف ذلك بأنه العملية التي تنخفض من خلالها استجابة الفرد لنفس المثير بتكرار تقديمه )

وفي العلاج طلب المعالج من المريضة أن تعيد إحياء مشهد الاغتصاب في مخيلتها وأن تصف مشهد الاغتصاب للمعالج في الجلسة بصوت عال ، وقد ساعدها المعالج على تكرار تسلسل المشهد عدة مرات في كل جلسة ، وقد تم تسجيل الجلسات على جهاز التسجيل السمعي ، وطلب المعالج من المريضة أن تسمع ذلك التسجيل مرة كل يوم على الأقل .

ومع نهاية الفصل الدراسي وجدت المريضة نفسها قادرة على متابعة دراستها بشكل متزايد ، وكانت تلك علامة مهمة على التحسن ، وبعدها أنهت المريضة

العلاج وقالت إنها تعبت من الانشغال بالاغتصاب ، وقررت أنه قد حان الوقت لأن تركز على دراستها .

لقد استخدم المعالج منظور التشريط الكلاسيكي ذي العاملين لتفسير اضطراب توتر ما بعد الصدمة الذي سببه الاغتصاب ( كيلباتريك وآخرون ١٩٧٩ Kilpatrick , et al ) وفيه يعتبر الاغتصاب المثير غير الشرطي الذي يستثير الخوف الشديد وهي الاستجابة غير الشرطية التي تتسم بمكونات فسيولوجية وسلوكية ومعرفية ، وتصبح المثيرات المقترنة مع ذلك المثير غير الشرطي ( الاغتصاب ) مثيرات شرطية وتكون قادرة على استثارة الاستجابة الشرطية وهي الخوف الشديد . ولقد زودتنا هذه النظرة المفاهيمية لاضطراب توتر ما بعد الصدمة بإطار لمقارنة أنواع عديدة من العلاج مع ضحايا الاغتصاب ( فوا وآخرون ١٩٩١ Foa , et al ) .

إن نظريات التعلم ( المثير – الاستجابة ) التقليدية قد تفسر أعراض الخوف أو التجنب لدى ضحايا الاغتصاب ولكنها لا تزودنا بتفسير قوي للأعراض الأخرى للاضطراب ، ويرى فوا و ستيكيتي Foa & Steketee أن إدراك التهديد أفضل في قدرته على التنبؤ بعديد من الأعراض الأخرى للتهديد الحقيقي فإن إدراك الحدث الصادم قد يسبق اضطراب توتر ما بعد الصدمة .

ولقد خرج ريسيك وشنيك ١٩٩٢ Resick & Schnick من هذا النموذج المفاهيمي بأن التعرض المطول للمثير المنفر يمكن أن يؤدي إلى اعتياده ، ولكنه لا يؤثر في التوقعات أو الصراعات أو إساءة التفسير المعرفي لذا يوصينا بالمزاوجة بين التعرض المطول وبين العلاج المعرفي ، والذي يعمل على الطرق اللاتوافقية لإدراك الأحداث البيئية المحيطة بالفرد .

والآن نعرض حالة مريض مصاب بارتفاع في ضغط الدم ، وفيها كان المريض يشكو من الشعور بالغثيان والإجهاد والدوار من آن لآخر ، وقد أغمي عليه ذات مرة ، وبعد الكشف الطبي اتضح أنه مصاب بارتفاع مفرط في ضغط الدم والذي من أعراضه التعب والإجهاد والقابلية للإستثارة والصداع .

ويرى المعالج السلوكي أن المريض قد يستفيد من التعبير عن مشاعره ، وهو ما يطلق عليه اسم التدريب على توكيد الذات ، وذلك عن طريق لعب الدور في الجلسة العلاجية لمساعدة المريض على أن يكرر مع المعالج طرق التعبير عن امتعاضه وعدم اتفاقه مع الناس وقد استخدم بنسون ١٩٧٥ Benson وباتل وآخرون ١٩٨٥ Patel et al تدريب الاسترخاء والتأمل بشكل واسع مع بعض

النجاح في محاولة السيطرة على ضغط الدم المرتفع ( دي توماسو ١٩٨٧ (Di Tomasso

وفي محاولة كلينيكية حديثة قام بها دي كواترو ودافيسون De Quattro & Davison ولي وآخرون ١٩٨٧ Lee , et al اتضح أن الاسترخاء الذي تمت ممارسته بشكل عميق قد قلل من ضغط الدم لدى مجموعة من الذكور إلى حدود ضغط الدم الطبيعي أكثر مما فعل تنظيم الغذاء ، وفقدان الوزن ، وتقليل العوامل الأخرى الخطيرة المعروفة ، وقد تلقت مجموعة الاسترخاء معلومات أيضاً وكان الاسترخاء فعالاً مع الرجال الذين كانت الاستثارة السمبثاوية لديهم عالية مما يدعم الافتراض الذي قدمه إسلر وآخرون ١٩٧٧ Esler , et al من أن هناك مجموعة فرعية من أصحاب ضغط الدم المرتفع قد يكونوا مناسبين لعلاج التثبيط السمبثاوي مثل الاسترخاء .

ولقد برزت من نفس مجموعة البيانات أيضاً نتيجة مؤداها أن الغضب والعداوة كما تم تقييمها من خلال فنية التقييم المعرفي المسماة بالأفكار المترابطة الواضحة في المواقف المقلدة ( دافيسون وآخرون ١٩٨٣ Davison , et al قد انخفضا بشكل دال من خلال الاسترخاء أكثر من علاج المعلومات ، وقد ارتبط انخفاض الغضب والعداوة بانخفاض ضغط الدم فكلما أصبح المرضى أقل عداوة وغضباً في تفكيرهم كلما استفادوا من تدريب الاسترخاء في خفض ضغط الدم .

أما في _حالة الاضطراب الاكتئابي العام_ فقد كانت المريضة زوجة سابقة وأماً لثلاثة أطفال أصغرهم في الخامسة من عمره ، وكان ذلك الطفل يعاني من مشكلة في النوم وكانت المريضة تعاني من مشكلة في التعامل معه .

وكانت المريضة تدرس بالجامعة ، وقد اتضح أن حالتها المزاجية اكتئابية منذ طلاقها من زوجها ، وقد شعرت بالحزن والإحباط والوحدة . لقد كانت تبكي كثيراً ولفترات طويلة ، ولا يبدو أن شيئاً يرفه عنها ، وقد فقدت الاهتمام بصديقاتها ، وبدا الأطفال أثقل عبئاً وكان اكتئابها يبدو في أسوأ حالاته في الصباح ، وقد تأثرت جميع علاقاتها الاجتماعية وبدا المستقبل كئيباً ، وكانت تعاني من مشكلات مالية أيضاً .

وقد تضمن علاج المريضة مزيجاً من العلاج السلوكي والعلاج الدوائي ، وباتباع نموذج التعلم الاجتماعي / بين الشخصي ركز المعالج على زيادة مشاركة المريضة في الأحداث السارة ، وتعلم مهارات اجتماعية جديدة ، ومن خلال تشجيع نشاطات مثل ركوب الخيل كان المعالج يأمل أن يوقف العملية التفاعلية ويعكسها ؛ تلك العملية التي أدى فيها الانعزال الاجتماعي وانعدام الفاعلية إلى

زيادة الاكتئاب مما أدى بدوره إلى الانسحاب ، ومن خلال تنمية أنماط استجابة جديدة ، وخاصة تلك التي تتضمن التواصل بين الشخصي ومهارات الأمومة كان المعالج يأمل أن تتمكن المريضة من التعامل مع الأحداث المستقبلية بشكل أكثر كفاءة ، وأن تؤدي زيادة النشاط الاجتماعي والتواصل الأكثر فاعلية إلى وجود شبكة علاقات اجتماعية أكثر تدعيما مما يساعد في خفض تأثير الأحداث الصادمة .

وفي *حالة الاعتماد على الكحول* كانت المريضة زوجة تعاني من إدمان الكحول ووجود عدم تناغم في حياتها الزواجية .

لقد اهتم المعالجون السلوكيون كثيراً بإدمان الخمر وتصوروا أن مشكلة الخمر هي انجذاب غير مناسب لمجموعة من حالات المثير لذا صمموا مجموعة متنوعة من علاجات التنفير لتنفير المدمن من طعم الكحول .

وبالفعل فإن واحدة من أبكر مقالات العلاج السلوكي كانت تتعلق بعلاج التنفير لمدمن خمر ( كانتوروفيش ١٩٣٠ Kantorovich ) وبالمعنى العام يتلقى صدمة على أطراف أصابعه أو تتم استثارة القيء لديه بابتلاع عقار مثل Apomorphin أو بتخيل منظر منفر . والافتراض الأساسي هو أن الناس عن طريق التشريط الكلاسيكي يمكن أن يتعلموا أن يخافوا من مثير كان جذاباً من قبل أو يجدونه غير سار إذا تمت المزاوجة المتكررة بينه وبين حالة وجدانية سلبية .

ويصعب تفسير بحث كانتوروفيش أو تلخيصه ، ولكن من العدل أن نقول إن العديد من مدمني الخمر تمت مساعدتهم بهذه الطريقة حتى ولو لم يكن واضحاً كيف يعمل الأسلوب الفني لها ( كانون وآخرون ١٩٨٦ Cannon , et al ودافيسون ونيل ١٩٩٤ Davison & Neale وسميث وآخرون ١٩٩١ Smith , et al ) فإذا تم استخدام علاج التنفير ( مثل أسلوب الشرب تحت الضبط والتحكم ) فمن الأفضل أن يستخدم في سياق برنامج مصمم على نطاق واسع بحيث يشمل جميع ظروف حياة المريض مثل الصراع الزواجي والمخاوف الاجتماعية والعوامل الأخرى المرتبطة بمشكلة شرب الخمر لدى المريض ( تاكر وآخرون ١٩٩٢ Tucker , et al ) .

وهناك اتجاه مثير للجدل هو تشجيع الشرب تحت الضبط والسيطرة ، وقد تساءلت البحوث ما إذا كان المدمنون يستطيعون السيطرة بالفعل على سلوكهم حين يشربون كأساً من الخمر ، وبدلاً من ذلك رأى الباحثون أن معتقدات المدمنين عن أنفسهم ، وعما يشربون تلعب دوراً مركزياً وربما يكون لذلك الدور أهمية مثله مثل أي إدمان فسيولوجي (مارلات وآخرون ١٩٧٣ Marlatt, et al)

أضف إلى ذلك استحالة تجنب الكحول في المجتمع الغربي لذا فإنك تصل إلى فكرة أن المدمنين ينبغي أن يتعلموا الشرب باعتدال ، وبرنامج الشرب المقنن يجعل الشخص يشرب بعض الكحول ثم يخبره جهاز بمؤشر خاص بمستوى الكحول في دمه ، ويبدو أن مدمني الخمر لديهم صعوبة غير عادية في معرفة مدى تسممهم بالكحول ، لذا يصدمهم ذلك البرنامج حين يشربوا أكثر من المقدار المعتدل ، ويعلمهم كيف يتغلبون على المواقف المشكلة بأسلوب أقل تدميراً بدلاً من الهروب إلى التأثيرات المخدرة للكحول ، وقد كانت النتائج مشجعة ( سوبل و سوبل ١٩٧٦ Sobell & Sobell )

ويقودنا ما سبق إلى السؤال التالي :-

***هل العلاج المعرفي السلوكي فعال ؟***

وللإجابة على هذا السؤال نقول إن النموذج المعرفي السلوكي يستخدم بشكل واسع لدى علماء النفس ، وبسبب اهتمامهم الشديد بالمناهج القائمة على الدليل البحثي فإن الصور المعرفية السلوكية من العلاج كانت موضوعاً للبحث أكثر من أي نماذج نفسية أخرى .

ولقد استقرت الأساليب المعرفية السلوكية كطريقة لعلاج المرضى المصابين باضطرابات الفزع ( بارلو وآخرون ١٩٨٩ ) واضطراب القلق المعمم ( شامبليس وجيليس ١٩٩٣) والاضطراب الوسواسي القهري ( سالكوفيش وكيرك ١٩٩٧ ) وقد استخدمت تلك الأساليب مع مرضى الذهان ( فولر وآخرون ١٩٩٥ ) وبعض المشكلات الصحية مثل الألم المزمن ( كيفي وآخرون ١٩٩٢ )

وأحد العوامل المهمة في نمو االنموذج المعرفي السلوكي هو أن علماء النفس قد تبنوا لغة الأطباء النفسيين أي استخدام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ( D S M ) وقد اختبروا فنيات العلاج المعرفي السلوكي من حيث صلتها بالفئات المختلفة للاضطراب النفسي ، ولقد كان تبني علماء النفس للنموذج الطبي عاملاً مهماً في حصول تلك العلاجات المتوجهة سلوكياً على الاحترام داخل المهن الطبية ومهن العناية بالصحة .

***نقد الأساليب المعرفية السلوكية :-***

على الرغم من الدليل البحثي الذي يدعم فاعلية الأساليب المعرفية السلوكية في العلاج إلا أن نقاد تلك الأساليب قد شككوا في مدى إمكانية تعميم النتائج البحثية على البيئات الكلينيكية الروتينية ( وايت ٢٠٠٠ White ) وهناك آخرون كانوا أكثر انتقاداً لتلك الأساليب مثل ( سميل ١٩٩٦ أ Smail ) على سبيل المثال والذي كتب " إن المقولات الجامدة التي تسود علم النفس الكلينيكي والتي يشار إليها عامة بالسلوكية المعرفية تتضمن تجميعاً غير عادي من الأفكار البسيطة تدور حول كيف يصبح الناس كما هم وما الذي نتوقعه منهم . إن تلك الأفكار قد تكون مقبولة لدى الطلاب دون سن التخرج ، ولكنها تبدو فارغة حين يتم تطبيقها في البيئة الكلينيكية حيث تكون مشكلات الناس معقدة ومتشابكة ( سميل ١٩٩٦ Smail ص ٢٩-٣٠ )

وهناك العديد من المعالجين المتوجهين سيكوديناميا و إنسانياً يوافقون على تعليق سميل ، وهناك آخرون يرون أن العلاجات السلوكية تهمل البيئة الاجتماعية التي يحدث فيها العلاج ، والعلاقة بين المعالج والعميل . وعلى الرغم من أن الكتاب المحدثون في الأسلوب السلوكي قد بدأوا يعرفون أهمية العلاقة العلاجية ويشككون في الصورة النمطية للمعالج السلوكي والتي مؤداها أنه بارد وآلي في أسلوبه ( سكاب وآخرون ١٩٩٣ Schaap , et al )

ولم يكن أصحاب النظريات الإنسانية والسيكودينامية فقط هم الذين انتقدوا الأسلوب المعرفي فقد كتب سكينر من منظور سلوكي ١٩٩٠ أن النموذج المعرفي هو عودة إلى العقلية غير العلمية أي التأمل في ظواهر غير قابلة للملاحظة وغير قابلة للقياس وتقع خارج نطاق البحث العلمي .

وعلى الرغم من تحفظات سكينر حول النماذج التي تتأمل العمليات الداخلية إلا إن معظم النظريات ترى أن من المفيد أن ندرس العمليات الداخلية على الرغم من عدم الاتفاق حول طبيعتها .

***المجمل :-***

- تم تطوير النموذج السلوكي استجابة للنقد الموجه للتحليل النفسي في محاولة لتقديم أسلوب علمي لدراسة السلوك .
- هناك مبدآن في نظرية التعلم يشكلان أساس النموذج السلوكي هما التشريط الكلاسيكي والتشريط الإجرائي وعلى أساسهما تم تطوير عدد من فنيات العلاج السلوكي مثل التحصين المنهجي والغمر والتنفير .

- يبدو أن التعرض للشيء غير المرغوب أو المرهوب دونما هروب هو المكون الفعال الشائع في عديد من فنيات العلاج السلوكي ، وقد تم استخدام العلاجات الأخرى الأكثر حداثة والقائمة على التعرض بنجاح مع العملاء الذين يعانون من المشكلات المرتبطة بالقلق .
- وعلى الرغم من نجاح النموذج السلوكي في مساعدة الناس المصابين بالقلق إلا أنه لا يبدو فعالاً في فهم الاكتئاب مثل الأساليب المعرفية التي قدمها إليس وبيك .
- تؤكد الأساليب المعرفية لإليس و بيك ليس فقط على ما يحدث لنا ، ولكن كيف نقوم بتقييم وتفسير ما يحدث لنا . إن الناس ذوي الطرق الملتوية في التفكير مثل مَنْ يضخمون مشكلاتهم ويقللون من نجاحاتهم أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب .
- يتضمن أسلوب إليس في العلاج الجدال والتفنيد وتوجيه العميل إلى طرق جديدة أكثر عقلانية في التفكير ، ويعتبر أسلوب بيك أقل مواجهة ، ويعمل المعالج بأسلوب أكثر تعاوناً لمساعدة العميل على فحص الدليل مع أفكاره المشوهة أو ضدها .
- تميل الأساليب المعرفية إلى المزاوجة بين عناصر من العلاج السلوكي والمعرفي مما ينتج عنه العلاج المعرفي السلوكي .
- لقد اجتذب العلاج المعرفي السلوكي الكثير من البحوث ، ويزعم أنصاره أن لديه دليل جيد قائم على أساس مجموعة من الاضطرابات السيكاترية .

# الفصل الخامس

## الأساليب الإنسانية وعبر الشخصية

## Humanistic and Transpersonal Approaches

يشير العلماء إلى علم النفس الإنساني بوصفه القوة الثالثة في علم النفس بعد التحليل النفسي والسلوكية ، وقد نشأ علم النفس الإنساني في منتصف القرن العشرين كرد فعل ضد الطرق السابقة في النظر إلى الخبرة الإنسانية الطرق الشديدة الحتمية Over-deterministic وقد رأى أنصاره أن التحليل النفسي قد نظر للطبيعة البشرية نظرة تشاؤمية ؛ فالناس أنانيون بصفة أساسية وتحركهم الحفزات الجنسية والعدوانية التي لابد من تقييدها ، أما السلوكية فقد رأى بعض العلماء أنها تشيئ الإنسان وتنزع عنه إنسانيته dehumanizing وتؤكد على القوى البيئية كمحددات للسلوك .

على العكس من ذلك يؤكد الأسلوب الإنساني أن الطبيعة البشرية إيجابية بشكل أساسي ويؤكد على الاختيارات والقيم والهدف من الحياة .

ويرى النموذج الإنساني أن المرض النفسي ناتج عن عدم قبول الفرد للمسئولية الشخصية personal responsibility عن أفعاله ومن ثم تناضل العلاجات الإنسانية لتمكين الناس من قبول المسئولية عن أفعالهم ، وأن يصبحوا واعين بخبراتهم الذاتية ، وأن يحققوا إمكاناتهم الشخصية للنمو .

وتؤكد الأساليب العلاجية الإنسانية على الاختيارات التي يقوم بها العميل ومصادره الداخلية للتغيير في مقابل فنيات المعالج ، وكما يقول زاس Szasz فإن الناس الذين يطلبون مساعدة المعالجين النفسيين ينقسمون إلى مجموعتين :-

*المجموعة الأولى :-* تتضمن أولئك الذين يرغبون في مواجهة مصاعبهم ونواحي قصورهم وتغيير حياتهم عن طريق تغيير أنفسهم .

*والمجموعة الثانية :-* تتضمن أولئك الذين يرغبون في تجنب النتائج الحتمية لاستراتيجياتهم في الحياة عن طريق التدخلات السحرية أو التكتيكية للمعالج في حياتهم .

وأفراد المجموعة الأولى قد يحصلون على مزايا عظيمة من العلاج في بضعة أسابيع أو شهور ، أما أفراد المجموعة الثانية فقد يتوقفون عن العلاج أو يغوصون بشكل أعمق في مأساة حياتهم التي صنعوها بأنفسهم بعد مقابلة

المعـــالجين النفـــسيين لـــسنوات أو حتـــى عقـــود ( زاس ١٩٧٤ Szasz ص ١٠٨-١٠٩ )

ومن أشهر الأسماء التي ارتبطت بعلم النفس الإنساني كارل روجرز ( ١٩٠٢-١٩٨٧ )

## *كارل روجرز و الأسلوب المركز على الشخص*

## ***Carl Rogers and the person – centered approach***

كان كارل روجرز عالماً نفسياً متخصصاً في التدريب ، وكان أحد إنجازاته هو أنه كان رائد تسجيل الجلسات العلاجية وقد استخدم تلك التسجيلات بعد ذلك لأغراض البحث (روجرز ١٩٤٢ ) وفي حياته كان روجرز كاتباً غزير الإنتاج فقد نشر العديد من البحوث الأكاديمية والكتب التي لايزال العديد منها مقروءاً حتى الآن .

وفي كتابه ( العلاج المركز على العميل Client – centered Therapy ) بدأ روجرز يلخص نظريته في المرض النفسي ، وأسلوبه في العلاج ( روجرز ١٩٥١ ) ومع الزمن بدأ روجرز يطبق أفكاره المشتقة من العلاج في سياقات أخرى أوسع مثل التربية وحل الصراع conflict resolution وجماعات المواجهة encounter groups ( ثورن ١٩٩٢ )

ولتوسيع نطاق تطبيق نموذجه النظري استخدم اصطلاح " المركز على الشخص" بدلاً من اصطلاح " المركز على العميل " ويستخدم الاصطلاحان بالتبادل على الرغم من أن البعض يفضلون استخدام اصطلاح المركز على العميل للإشارة إلى العمل العلاجي ، واصطلاح المركز على الشخص للإشارة إلى التطبيقات الأخرى .

وفي بعض الأحيان يستخدم اصطلاح العلاج المركز على العميل للإشارة إلى الأسلوب الروجري ، ولكن روجرز لم يكن يحب ذلك الاصطلاح ، وقد ذكر أنه لا يحب أن يرى مدرسة من المعالجين الذين قد صاغوا أنفسهم على غراره ولكنه يحب أن يرى معالجين قادرين على شق طريقهم في العمل داخل نطاق الأسلوب المركز على الشخص .

## *المبل إلى التحقيق* ***Actualizing Tendency***

إن أساس نظرية روجرز هو ما أطلق عليه اسم الميل إلى التحقيق وهو ما اعتبره روجرز قوة دافعة طبيعية natural motivational force لدى الكائنات البشرية موجهة نحو النمو التشييدي والإنشائي "*إن الميل للتحقيق هو الدافع البارز في كل الحياة العضوية والإنسانية ، ومعناه أن يتسع الفرد ويمتد ويصبح*

*مستقلا وينمو وينضج – أي الميل للتعبير عن جميع امكانات الكائن الحي وتفعيلها بشكل يرقي الكائن الحي أو الذات* ( روجرز ١٩٧١ ص ٣٥ )
وهذا الميل نحو النمو يمكن أن ينحرف حين يتلقى الشخص تقديراً واحتراما موجباً من بيئته الاجتماعية ومن ثم ينمو لديه ما أسماه روجرز تقدير الذات الشرطي الموجب conditioned positive self-regard ( روجرز ١٩٥٩ ) ومثال ذلك الشخص الذي ينمو وهو يستدمج من البالغين حوله الاعتقاد بأنك إذا أردت أن يقدرك الآخرون عليك دوماً أن تسعدهم وترضيهم . إن ذلك الشخص سينمو ولديه تقدير ذات موجب مشروط ؛ أي أنه يجد قيمة نفسه إلى الحد الذي فيه يوافق سلوكه ذلك الاعتقاد ويحييه .

ويرى روجرز أن المرض النفسي ينتج من التوتر بين قوى الحياة الداخلية inner life force لدى الشخص وبين الميل إلى تحقيق الذات والتقدير الموجب الشرطي الذي يتلقاه الفرد ممن حوله ، وينتج الأداء السوي حين يكون تقدير الذات الموجب المشروط في أقل مستوى له .

إن الميل إلى تحقيق الذات هو القوة الدافعة للنمو والشخص الذي يؤدي أداءً مكتملاً هو الشخص الذي يعتبر سلوكه مماثلاً للتوافق النفسي الأمثل والنضج النفسي الأمثل والانسجام والتناغم التام والانفتاح للخبرة ، وحيث أن بعض هذه الاصطلاحات يبدو سكونياً إلى حد ما ينبغي لنا ان نشير إلى أن خصائص ذلك الشخص هي خصائص عملية process characteristics فالشخص ذو الأداء الأمثل هو شخص في عملية person-in-process وهو شخص يتغير باستمرار ( روجرز ١٩٥٩ ص ٢٣٥ )

وفي الممارسة العلاجية نجد أن ثقة المعالج في ميل الشخص للتحقيق هي التي تصنع الأسلوب المركز على الشخص ، والأساليب العلاجية التي تتبنى ذلك الموقف تختلف اختلافاً جذرياً عن الأساليب العلاجية الأخرى ( بوزارث ١٩٩٨ Bozarth ) ومعنى ذلك أن المعالج المركز على العميل يعمل بطريقة تجعله رفيقاً لعميله خلال رحلته لفهم نفسه .

ويحاول المعالج أن يزود عميله ببيئة ميسرة facilitative يستطيع العميل فيها أن يصبح ذاته الحقيقية ، وقد كتب روجرز ١٩٥٧ أنه قد وجد من خلال خبرته أنه مهما كانت مشكلة العميل سواء كانت تتصل بمشاعر كئيبة أو علاقات بين شخصية مضطربة إلا أن جميع العملاء يواجهون نفس السؤال الوجودي existential question وهو *كيف يصبحون أنفسهم ؟*

**Necessary and sufficient conditions** ***الظروف الضرورية و الكافية***

لقد وصف روجرز بالتفصيل طبيعة البيئة الميسرة التي اعتقد أنها تسمح للشخص بأن يصبح ذاته الحقيقية ، فحين يدرك العميل أن المعالج متفهم ومتعاطف ويقدم له تقدير ذات إيجابي غير مشروط ترتقي عملية تحقيق الذات ، ويحدث التغير العلاجي في الشخصية ، وهكذا يعتبر التفهم والتعاطف والتقدير الإيجابي غير المشروط هي الظروف الضرورية لحدوث تغير بنائي علاجي في الشخصية ( روجرز ١٩٥٩ ) وحين يتلقى الشخص التقدير الإيجابي غير المشروط من الآخرين المهمين ينمو لديه تقدير ذات إيجابي ويزداد الميل إلى تحقيق الذات وينخفض السلوك المضطرب لديه .

ويقرر روجرز أن التغير البنائي في الشخصية لكي يحدث لا بد من وجود ستة ظروف ، وأن تدوم تلك الظروف فترة زمنية كافية ، وهذه الظروف هي : -

١. وجود شخصين في تواصل نفسي .
٢. يكون العميل في حالة تنافر وقلق وحساسية شديدة .
٣. يكون المعالج متناغماً ومتكاملاً في العلاقة مع العميل .
٤. يشعر المعالج بالتقدير الإيجابي غير المشروط نحو العميل .
٥. يشعر المعالج بالفهم المتعاطف للإطار المرجعي الداخلي للعميل ويحاول التواصل معه وتوصيل تلك الخبرة إليه .
٦. يتحقق التواصل بين العميل وبين الفهم المتعاطف والتقدير الإيجابي غير المشروط لدى المعالج . ( روجرز ١٩٥٧ )

*__الظرف الأول :-__* هو الاتصال والتواصل النفسي psychological contact وهنا يشير روجرز إلى أنه شرط أساسي لا غنى عنه precondition إذا لم يتحقق ستكون الظروف الخمسة التالية لا ضرورة لها ، وما يعنيه الاتصال النفسي هو ما إذا كان الشخصان واعيين ببعضهما البعض ، وأن سلوك أحدهما يؤثر في الآخر ، وعلى سبيل المثال لو كان العميل في حالة تخشب كتاتوني سيكون من الصعب أن يحدث اتصال نفسي .

*__الظرف الثاني :-__* هو أن يكون العميل في حالة قلق وعدم تناغم وينتج ذلك من عدم الانسجام incompatibility بين المشاعر الكامنة underlying ،

feelings لدى الشخص وبين الوعي بها ، أو عدم الانسجام بين الوعي بتلك المشاعر وبين التعبير عنها ( ميرنز و ثورن ١٩٩٩ Mearns & Thorne ) وعلى سبيل المثال فإن الشخص الذي يبدو قلقاً لمن يلاحظه ، ولكنه غير واع بذلك القلق يكون في حالة عدم تناغم بين مشاعره الكامنة وبين وعيه بتلك المشاعر ، والشخص الذي يكون على وعي بقلقه ، ولكنه يقول إنه مرتاح ويشعر بالاسترخاء يكون في حالة عدم تناغم بين وعيه وبين قدرته على التعبير عنه .

*__الظرف الثالث :-__* أن يكون المعالج متناغماً أي أنه يعي بخبرته الداخلية كمشاعر الغضب والحزن ، ويكون قادراً على التعبير عنها بصراحة إذا اعتقد أن ذلك مناسب .

*__الظرف الرابع :-__* هو أن يكون المعالج قادراً على تقديم التقدير الموجب غير المشروط أي أن يكون قادراً على قبول العميل على ما هو عليه دون فرض شروط عليه .

*__الظرف الخامس :-__* أن يكون لدى المعالج فهماً متعاطفاً للعميل أي أن يكون قادراً على أن يشعر بخبرة العميل .

*__الظرف السادس والأخير :-__* أن يدرك العميل تعاطف المعالج وقبوله غير المشروط له .

لقد اعتقد روجرز ١٩٥٧ أن تلك الظروف الستة إذا وجدت جميعاً يحدث تغير بنائي في الشخصية ، وينطبق ذلك على جميع العملاء بغض النظر عن مشكلاتهم الحالية إذا تحقق الظرف الأول وهو التواصل النفسي .
ولقد رأى روجرز أن ذلك يصدق بغض النظر عن نوع العلاج المستخدم ، وأن تلك الشروط الستة قادرة على إحداث تغيير بنائي في الشخصية في كل العلاقات الإنسانية ، وليس في العلاقة العلاجية فقط ، ولكن العلاقة العلاجية هي العلاقة التي تحاول تحقيق تلك الشروط بمستوى مرتفع من الشدة .
وعلى العكس من الأساليب العلاجية الأخرى زعم روجرز أن تلك الظروف أو الصفات لدى المعالج لا تتطلب معرفة عقلية خاصة أو تدريباً على فنيات علاج الناس ، ولكنها صفات شخصية يمكن اكتسابها من خلال التدريب على الخبرة

والمعالج المركز على الشخص لا يحاول أن يغير experiential training عميله بطريقة ما ؛ أي أنه لا يحاول تقليل اكتئابه أو قلقه ، ولكنه يحاول الحفاظ على الصفات الاتجاهية التي وصفها روجرز أي أن يكون لديه تقدير إيجابي غير مشروط للعميل وأن يكون متعاطفاً معه ومتناغماً في العلاقة معه ، وبذلك يزود العميل بالظروف أو الشروط الضرورية والكافية لإحداث تغيير في اتجاهه ، وأن يكون ذلك التغيير إيجابياً واجتماعياً وبناءً بسبب وجود النزعة إلى التحقيق .
ومن المظاهر الشديدة الأهمية في الأسلوب المركز على الشخص هو افتراض روجرز أن النقطة الأساسية لفهم السلوك هي الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه . لقد رأى روجرز ١٩٥١ أن الطريقة الوحيدة لفهم سلوك شخص آخر هي أن نرى العالم بعينيه وعندئذ فإن أغرب أنواع السلوك سيكون له معنى .

***<u>نقد الأسلوب المركز على العميل</u>***

يتركز النقد الرئيس للأسلوب المركز على الشخص على مفهوم الميل إلى تحقيق الذات نفسه ، وهو حجر الأساس في نظرية روجرز ، وقد سمى البعض هذا المفهوم باسم الفرض الساذج assumption naïve ( إليس ١٩٥٩ Ellis ) ومثل المفاهيم السيكولوجية المجردة الأخرى التي لا يمكن ملاحظتها مباشرة ليس من الممكن أن نؤكد أن الميل إلى تحقيق الذات كما وصفه روجرز موجود لدى الناس بالفعل .
وهناك آخرون على الرغم من قبولهم لمفهوم الميل إلى تحقيق الذات إلا أنهم وجدوا أنه غير كاف كأساس لبناء إطار مرجعي نظري وأسلوب علاجي عليه وتبعاً لذلك يرون أن المعالجين محتاجون إلى تقديم فنيات معرفية وسلوكية أخرى ( نلسون- جونز ١٩٨٤ Nelson-Jones )
وقد انتقد البعض روجرز على أساس أنه يقدم للطبيعة البشرية صورة مفرطة في التفاؤل over-optimistic ويشيرون إلى مدى المعاناة البشرية ويتساءلون كيف يمكن أن تكون المعاناة بهذه الكثرة إذا كان الناس بطبيعتهم جديرين بالثقة واجتماعيين وبنائين .
ورداً على ذلك النقد قال روجرز :-
*"أنا لست متعامياً عن كل الشر والعنف غير المسئول ، وهناك أوقات أفكر فيها أنني لم أعط توكيداً كافياً على الجانب المظلم من طبيعتنا البشرية ، ذلك الجانب الشرير ؛ ثم أبدأ في التعامل مع عميل ، واكتشف حين أدخل إلى جوهره رغبته في الوصول إلى مزيد من التنشئة الاجتماعية والانسجام والقيم الإيجابية . نعم إن*

*هناك كل أنواع الشر في العالم ، ولكنني لا أعتقد أنها أصيلة في الكائنات البشرية أكثر مما أعتقد أن الحيوانات شريرة ( زيج ١٩٨٧ Zeig ص ٢٠٤ )*

وهناك من انتقد أسلوب روجرز لعدم دقة لغته وغموض مفاهيمه التي لا تخضع للاختبار الامبيريقي ( كوفر وأبلي ١٩٦٤ Coffer & Appley ) ويعتبر ذلك النقد ساخراً إلى حد ما لأن روجرز هو العالم الذي حظي بفضل تقديم البحث العلمي إلى مجال العلاج النفسي ، وعلى سبيل المثال فإن مقولاته النظرية عن الظروف الضرورية والكافية لتغير الشخصية تعتبر فروضاً إمبيريقية قابلة للاختبار ، ويمكن أن تكون قابلة للدحض كما ذكر بوبر ١٩٥٩ Popper .

ولقد رأى آخرون أن فهم روجرز لكيفية حدوث المرض النفسي من خلال استدخال شروط القيمة conditions of worth يعتبر أمراً شديد التبسيط كما كتب نلسون – جونز ١٩٨٤ " إن تفسير روجرز الشديد التبسيط لنشأة مشكلات الناس قد أدى إلى الخروج بتشخيص واحد وهو الانحراف عن الميل إلى تحقيق الذات ، وتبعاً لذلك فقد حصر روجرز نفسه في أسلوب علاج وحيد وهي طريقة غير كافية للتعامل مع مدى المصاعب التي يواجهها الناس ( نلسون – جونز ١٩٨٤ ص ١٥ – ١٦ )

وعلى آية حال هناك من يشكك في هذا النقد بأن هناك علاجات خاصة للمشكلات النوعية ، وهناك من يرى أن الدليل البحثي غير كاف للخروج بمثل هذا الاستنتاج ( بوزارث ١٩٩٨ )

لقد كان روجرز عالماً نفسياً ، ومن هذا المنطلق أكدت كتاباته الباكرة على أهمية الاختبار الإمبيريقي للأسلوب المركز على العميل ، وعلى الرغم من أن النمو الباكر للأسلوب المركز على العميل كانت تغذيه نتائج البحث العلمي وتدفعه ، إلا أن روجرز ابتعد بعد ذلك عن العمل في المجالات الأكاديمية ، وأصبح الأسلوب المركز على الشخص أقل اجتذاباً للاهتمام البحثي ، وفي نفس الوقت أصبح الأسلوب السلوكي المعرفي أكثر شعبية داخل المجالات النفسية الأكاديمية واجتذب اهتمام الباحثين الكلينيكيين ، وتبعاً لذلك قلت البحوث الموجهة للأسلوب المركز على العميل في السنوات الأخيرة عن بعض العلاجات الأخرى وخاصة الأسلوب المعرفي السلوكي ( بوزارت وبرودلي ١٩٨٤ Bozarth & Brodley )

واليوم يميل الأسلوب المركز على العميل إلى أن يكون أقل تفضيلاً لدى العديد من العملاء ( بوهارت و آخرون ١٩٩٨ Bohart , et al ) كما أن العديد من المعالجين الذين اهتموا بالأسلوب المركز على العميل كانوا أقل اهتماماً بإجراء

البحوث على فاعليته ، ولكن ذلك بسبب عدم اقتناعهم بأن الأسلوب الامبيريقي غير مناسب لمعرفة مدى فاعلية العلاج ؛ ومن هنا نرى أنه بسبب هذا الإتجاه المضاد للعلم لدى عديد من الممارسين الإنسانيين أصبح الأسلوب المركز على الشخص في السنوات الأخيرة أقل تأثيراً داخل مجالي علم النفس الأكاديمي والطب النفسي وفي بعض الأحيان يكون مرفوضاً ( ديكارفالهو ١٩٩١ DeCarvalho ) وعلى الرغم من ذلك يظل ذلك الأسلوب شهيراً داخل مجالات الإرشاد والعلاج النفسي( تورن و لامبرز ١٩٩٨ Thorne & Lambers )

***هل يعتبر العلاج المركز على العميل فعالاً ؟***

على الرغم من أن الدليل العلمي المستمد من الدراسات والبحوث يدعم على وجه العموم أن الصفات الاتجاهية للمعالج وهي التلاحم empathy والتناغم congruence والتقدير الإيجابي غير المشروط unconditional positive regard صفات مهمة ( ميتشل وآخرون ١٩٧٧ Mitchell ,et al) إلا أن بوزارث وبرودلي يريان أن الفرق بين العلاج المركز على العميل والعلاجات الأخرى هو أن القوة و الاتجاه فيه مركزان على العميل ، ولكنه أمر أصبح الباحثون يسيئون فهمه إلى حد كبير مما أدى إلى نتيجة مؤداها وجود القليل من الدراسات التي اختبرت بالفعل فروض الأسلوب المركز على العميل (بوزارث ١٩٧٧ و ليفانت وشلين ١٩٨٤ Levant & Shlien )

هذا بالإضافة إلى أن المعالجين الإنسانيين لم يتبنوا عامة لغة الطب النفسي أي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية مما جعلهم يفشلون في رأي البعض في الحصول على مصداقية داخل مجال المهن الطبية والسيكاترية كما فعل المعالجون السلوكيون والمعرفيون مثلاً .

وعلى الرغم من افتقاره إلى الدليل الامبيريقي يظل العلاج المركز على العميل مجالاً للممارسة على نطاق واسع ويظل شهيراً في مجالات الإرشاد والعلاج النفسي ( ميرنز و ثورن ١٩٩٩ وثورن و لامبرز ١٩٩٨ ) وعلى أية حال يرى بعض المعلقين من خارج المجال أن الدليل على أن الظروف الضرورية والكافية لحدوث تغير في الشخصية لدى روجرز هي بالفعل كذلك ليس مقنعاً ( بارلوف وآخرون ١٩٧٨ Parloff , et al ) ويشكك بعض المعالجين في أنها صفات مهمة في المعالج ، ويشككون في أن الدراسات التي أجريت عليها لم تجر بشكل يبعث على الرضا ، ويدحض علماء مثل بوزارث ذلك الاستنتاج ويرون أن إحدى المشكلات التي تواجه تلك البحوث هي إيجاد وسائل مناسبة لقياس المفاهيم

المقترحة وهي التلاحم والتناغم والتقدير الإيجابي غير المشروط ، وأيضاً قياس التغير الذي يحدث في شخصية العميل وذلك من أجل إجراء بحث علمي تقليدي .
وعلى الرغم من قلة البيانات البحثية المتاحة عن الأسلوب المركز على العميل مقارنة بالعلاجات الأخرى المتوجهة طبياً والعلاجات المعرفية السلوكية إلا أن الدليل البحثي يبين أنه فعال مثل أي علاج آخر ( شابيرو و شابيرو ١٩٨٢ وجرينبرج وآخرون ١٩٩٤ ورايس ١٩٨٨ )
ولأن الباحثين في الأسلوب المركز على العميل لا يتبنون النموذج الطبي فإن البيانات البحثية المتاحة عنه في الاضطرابات السيكاترية ناقصة على وجه العموم ولكن بعض الدراسات الحديثة بدأت تسد هذه الثغرة في المعرفة ، وعلى سبيل المثال بين جرينبرج وواطسون ١٩٩٨ Greenberg & Watson أن العلاج الإنساني المركز على الشخص فعال في علاج الاكتئاب ، ولكنه أقل فاعلية مع الحالات الحادة والمزمنة من الاكتئاب .
ولقد كان رأي روجرز ١٩٥٧ هو أن المكون الأساسي في التغير العلاجي هو نوعية العلاقة بين المعالج والعميل بصرف النظر عن حالة العميل . وحتى وقت حديث لم يتلق استخدام العلاج المركز على العميل مع العملاء الذهانيين قدراً كبيراً من الاهتمام ، ولكن ذلك قد بدأ يتغير أيضاً .

***<u>الاتجاهات الإنسانية الحالية</u>***

***<u>ما قبل العلاج Pre – therapy</u>***

لقد بدأ الكتاب الحاليون في الأسلوب المركز على العميل يستكشفون استخدامه مع الذهان و اضطرابات الشخصية ( لامبرز ١٩٩٤ أ ، ب ، ج Lambers ) ولقد تم تقديم طريقة *<u>ما قبل العلاج للعملاء</u>* الذين لديهم صعوبة في الحفاظ على التواصل الذي يعتبر الشرط الضروري الأول لحدوث تغير علاجي وفقاً لروجرز ( بروتي ١٩٧٦ Prouty و بروتي وكوبياك ١٩٩٠ Prouty & Kubiak )
وتتضمن هذه الطريقة أن يعكس المعالج للعميل وعيه ( أي وعي العميل ) بالعالم الخارجي ، وعلى سبيل المثال يعكس المعالج للعميل تعبيراته الوجهية وأوضاعه الجسمية و تواصله ، وبذلك يتمكن المعالج من تيسير اندماج العميل معه حتى يحدث المزيد من العلاج المركز على العميل .

## أسلوب العملية – الخبروي Process – Experiential Approach

لقد تم تطوير عدد من الأساليب العلاجية البديلة القائمة على أسلوب روجرز وأحد هذه الأساليب هو أسلوب العملية الخبروي الذي كان رائده جرينبرج وزملاؤه Greenberg and Colleagues رايس Rice وإليوت Elliot ١٩٩٣ وهو أسلوب يؤكد على منظور تشغيل المعلومات information processing ويحاول التوليف بين أفكار الأسلوب المركز على العميل وأفكار الأسلوب المعرفي .

## المقابلة الدافعية Motivational Interviewing

وهناك أسلوب آخر أكثر حداثة هو أسلوب المقابلة الدافعية ( رولنك و ميللر ١٩٩٥ Rollnick & Miller ) وهو يقوم على فكرة مؤداها أن سمات المعالج المركز على العميل مكونات مهمة في العلاج ولكن المقابلة الدافعية تضيف عنصراً أكثر توجيهاً للعميل من خلال مساعدة المعالج له بمهارة على أن يستكشف مقدمات التغير ونتائجه من أجل تحفيز العميل على القيام بالتغيرات الضرورية .

والمقابلة الدافعية هي صورة مختصرة وتوجيهية من الإرشاد المركز على العميل وقد اتضح أنها فعالة مع العملاء الذين لديهم مشكلات تتعلق بتعاطي المواد ذات التأثير النفسي ( ميللر وآخرون ١٩٩٢ Miller, et al )

وهناك تباينات أخرى تتضمن الأسلوب الخبروي لدى رينيه ١٩٩٨ Rennie وهو يقبل مبدأ عدم التوجيه non – directivity فيما يتعلق بمضمون المادة التي يقدمها العميل ، ولكنه يمارس أسلوباً أكثر توجيهاً على العملية وباستخدام مدى من الفنيات الخبروية يزداد الوعي الذاتي لدى العميل .

وعلى الرغم من أن بعض المعالجين لا يتفقون على الظروف التي اعتبرها روجرز ضرورية و كافية لحدوث تغير بنائي في الشخصية إلا أن معظم المعالجين يوافقون على أن التلاحم وتقدير الذات الإيجابي غير المشروط والتناغم صفات مهمة لدى المعالج وربما كانت ضرورية إن لم تكن كافية لحدوث التغيير. وتبين الدراسات بالفعل أن تلك العوامل مهمة في إحداث تغير علاجي ناجح في كل العلاجات ، وكما رأينا فإن جوهر العلاج المركز على العميل لا يدور حول المعالج ، ولكنه يدور حول الصفات الاتجاهية للمعالج ، والعلاقة التي تنشأ بينه وبين العميل ، ومن ثم زيادة وترقية الميل إلى تحقيق الذات .

إن تلك الثقة في قدرة الأفراد على النمو والنضج الإيجابي هي أساس الأسلوب الإنساني وهي الموضوع الذي يوجد في كل العلاجات الإنسانية ، وربما كان العلاج المركز على العميل أفضل الأساليب الإنسانية ولكنه ليس النوع الوحيد فيها فهناك نوعان آخران .

## ***فريتز بيرلز والعلاج الجشطلتي Fritz Perls and Gestalt Therapy***

لقد أسس فريتز بيرلز ( ١٨٩٣ – ١٩٧٠ ) مع زوجته لورا بيرلز Laura Perls والفيلسوف بول جودمان Paul Goodman ما عرف باسم العلاج الجشطلتي . وكلمة جشطلت Gestalt هي كلمة ألمانية تعني الصيغة الكلية لشيء ما Total configuration of an object وهي تتضمن فكرة أن كينونة الشيء أكبر من مجموع أجزائه المكونة .

ولقد نشأ علم نفس الجشطلت عام ١٩١٢ على يد ماكس فرتهيمر Max Wertheimer وكوفكا K . Koffka وكوهلر W. Kohler في ألمانيا في نفس الوقت الذي كانت فيه السلوكية قد اشتهرت في أمريكا وقد أكدوا على العمليات المنظمة للسلوك ، وقد ارتبطت نظرية الجشطلت في الغالب بالإدراك حيث كانت المشكلات الإدراكية مركزاً رئيساً للاهتمام.

لقد اعتقد علماء الجشطلت أن السلوك والخبرات لا تتكون من عناصر بسيطة ولكنها أنماط وتنظيمات ، وقد تأثروا بعلماء الفيزياء الذين يعتقدون أن الظاهرة ككل أكبر من مجموع أجزائها ، وعلى سبيل المثال لو نظرنا إلى صورة فإننا ندركها ككل وليس مجرد مجموعة الملامح المختلفة لها وقد طبق علماء الجشطلت نفس النظرية على معظم الأشياء المدركة حيث أن أجزاء الشيء أو مظاهره تنتظم في الإدراك في كل متحد أو صيغة ، ومثال ذلك الحركة الظاهرية أو ظاهرة فاي Phi Phenomenon حيث يتم إدراك الحركة في الأشياء الساكنة مثل إعلانات النيون .

وقد استخدم علماء الجشطلت منهجاً يسمى الفنومنولوجيا Phenomenology مؤداه أن الإنسان يتأثر بظاهرة الخبرة أكثر من تأثره بالواقع الخارجي الموضوعي الفيزيقي الموصوف ، وفيه يستخدم المبحوث فنية الاستبطان البسيط غير المدرب لمعرفة كيف يبدو الشيء لمن يلاحظه ، والفنومنولوجيا هي منهج الملاحظة الطبيعية في مجال الإدراك البشري .

والفكرة الأساسية الكامنة وراء العلاج الجشطلتي هي أن العميل يخبر الصيغة الكلية لكينونته ويستكشفها . والعلاج الجشطلتي هو أسلوب يؤكد على التصميم

الذاتي self – determination والاختيار choice والمسئولية responsibility مثله في ذلك مثل العلاج المركز على العميل ، ولكن في الممارسة يدافع أسلوب بيرلز عن استخدام أسلوب أكثر ميلاً للمواجهة ؛ ففي العلاج يساعد المعالج العميل على الحفاظ على وعيه بالموقف الحالي واتصاله التام به ويتفاعل المعالج مع العميل بطريقة تيسر تركيز العميل على المكان والزمان الحاليين here and now وعلى سبيل المثال قد يطلب المعالج من العميل أن يقول ما يدركه ويشعر به الآن ، وأن يظل في ذلك الوعي لكي يدرب العميل على الانتباه المركز على الحاضر present – centered attention .

وهناك فنيات أخرى يستخدمها المعالجون الجشطلتيون تزيد من قوة خبرة العميل حيث يطلب المعالج من العميل أن يكرر ما يقوله بطريقة مضخمة مبالغ فيها من أجل ترقية وزيادة خبرتهم ، وعلى سبيل المثال فإن الشخص الذي يقول إنه غاضب يشجعه المعالج على أن يصرخ بصوت مرتفع .

وربما كانت أشهر فنيات العلاج الجشطلتي هي فنية الكرسي الشاغر empty chair أو تدريب الكرسيين two – chair exercise التي تستخدم لمساعدة العميل على حل صراعاته ، وربما كان صراع العميل يدور حول قرار مهم عليه أن يتخذه فيجلس العميل في مواجهة كرسي شاغر ويتخيل أن طرفاً من أطراف صراعه الداخلي يجلس فيه ، ويشجعه المعالج على أن يتحدث إلى الطرف الآخر ويستمر الحوار بين طرفي الصراع الداخلي حتى يحدث بعض التكامل بين الطرفين ، ويمكن استخدام ذلك الأسلوب بطرق عديدة ، ويستخدمه الناس في الغالب لاستكشاف الصراعات بين الشخصية .

ونورد فيما يلي حالة كلينيكية تبين العلاج الجشطلتي والحالة هي حالة إدمان للخمر مع صراع زواجي ، وقد بدأت الجلسة الأولى كما يلي :-

المعالج :- كيف يمكنني المساعدة ؟

الزوج ( ديك ) :- حسنا ، إن زوجتي لديها مشكلة مع شرب الخمر ، وقد جربت جمعية مدمني الخمر المجهولين الهوية ، ولكن ذلك لم يجدي ، ثم ....

الزوجة ( كاتي ) :- انتظر دقيقة يا ديك ، لقد ذهبت إلى اجتماع واحد ، وقد أدى رد فعلك القذر بي إلى المستشفى مصابة بجرح في رأسي .

المعالج توقفا دقيقة من فضلكما . يا كاتي دعينا نسمع ديك ، ثم نسمع منك موافقة ؟

كاتي ( بارتياب ) : - موافقة .

المعالج :- كنت تخبرني يا ديك عن مشكلة الشرب لدى كاتي .

وتحدث ديك لبضع دقائق عن مشاكل زوجته ، ليس فقط تعاطيها للخمر ، ولكن عدم رضاها وشكواها ، وعدم استجابتها له في الفراش ، وإهمالها لمهامها المنزلية ، واستمع المعالج باهتمام ، وكان يلاحظ الزوجين ملاحظة دقيقة .

المعالج :- حسناً يا ديك ، والآن قل لكاتي عن مشاكلك .

ديك ( وقد أخذ على غرة ) :- ماذا تعني بمشاكلي ؟

المعالج :- أود أن أعرف شعورك نحو زواجك وحياتك ، إننا سوف نمضي بعض الوقت مع مشكلة الشرب عند كاتي في باقي الجلسات ولكن أنا مهتم بما ستحصل عليه أنت من العلاج هنا .

استمر ديك كما بدأ ، ولكنه في هذه المرة أكد على مدى سهولة حياته لو توقفت كاتي عن الشرب ، وبدأت في إعداد الوجبات بانتظام وما شابه ذلك .

المعالج ( وقد شعر أن عليه أن يفعل شيئاً ليبعد ديك عن التركيز على كيف ينبغي لكاتي أن تتغير ) :- ديك ، ما الذي يحدث ؟

ديك ( متحيراً وشاعراً بقليل من العصبية ) :- ما الذي تعني بما الذي يحدث ؟ أنا أقول لك ما تريد معرفته .

المعالج :- لا ، أنا أعني رِجْلَك ما الذي يحدث لِرِجْلَك ؟

كانت رِجْلُ ديك تهتز لبضع ثوان ، ولم يلاحظ هو ، ولكن المعالج لاحظ ذلك .

ديك :- لا أعرف أعتقد أنها تتحرك دائرياً فقط .

المعالج :- هل تستطيع أن تقول أنا أتحرك دائرياً بعض الشيء ؟

ديك : - ماذا ؟!؟ ما هذا الهراء ؟ ( موجها كلامه لكاتي ) لقد أخبرتك أن مهنة العلاج هذه احتيال ، إنه يقول لي إنني أفعل شيئاً في حين أن رجلي هي التي تتحرك قليلاً .

المعالج :- يا ديك . إنك تتحدث عن رجلك كما لو كانت تنتمي إلى شخص آخر ( وأشار إلى صدر ديك ) فقط قل إنك تتحرك ؛ أي أنك تبتعد عن المشكلة .

ديك ( وقد امتلأت عيناه بالدموع ، وهو متحير مما يحدث داخله ، ويشعر أنه على حافة نوع من الإفضاء الانفعالي ) :- إن المسألة برمتها تدفعني للجنون أنا فعلاً غاضب من كاتي ، إنها تحطم حياتي ... إنها ...

المعالج ( مقاطعاً ) :- يا ديك ، قل ما تشاء ولكن ابدأ الكلام بقول أنا أشعر

وحدثت وقفة طويلة في أثنائها كان المعالج وديك ينظران إلى بعضهما بثبات .

ديك ( وقد انفجر في الدموع فجأة ) أنا أشعر بالفزع ، وأشعر أنني أفقدها كلية وأشعر كأنني أموت ، أنا أشعر ( يبكي )

وفي ذلك الوقت كانت كاتي تنظر إليهما بالتبادل وكأنها تشاهد مباراة تنس ؛ ففي لحظة تبدو متحيرة ، وفي اللحظة الثانية تشعر بالانجراح والأذى ، وفي الثالثة تشعر بالترقب والقلق ، والآن تشعر بدافع الحب والحماية نحو ديك بشكل لم تشعر به منذ خطبتهما من عشرة أعوام .

المعالج :- نعم أنت تشعر بالفزع ، وماذا تحتاج ؟

ديك :- أحتاج ... أنا أحتاج كاتي .

المعالج :- قلها مرة ثانية .

ديك :- أنا أحتاج كاتي .

وفي هذه اللحظة كان ديك وكاتي يبكيان ، ولكن كانت هناك مسافة بينهما على الأريكة ، وقد رأى المعالج يد ديك تقترب من كاتي ثم تنسحب .

المعالج :- يا ديك ، ما الذي يحدث ليدك ؟

ديك :- إنها تريد أن تلمس كاتي .

المعالج :- هل يمكنك أن تتحمل مسئولية هذا الشعور يا ديك ؟ ماذا تريد ؟ ماذا تحتاج ؟

ديك ( يمسك يد كاتي وهو مازال ينظر إلى المعالج ) أنا أحتاجها .

المعالج :- قل لها ، لا تقل لي ، قل لها هي .

ديك ( يلتفت لكاتي ) :- أنا أحتاجك يا كاتي .

لقد حقق المعالج بعض النجاح في هذه الجلسة الأولى ، ولكن حسه الكلينيكي دله على أن ديك يشعر بالرعب مما كان يحدث لزواجه فقد شعر أنه يفقد زوجته التي يحتاجها ، ولم يكن من المحتمل أن يعترف بتلك المخاوف دون تحريض و مواجهة ، وكان من الضروري أن يجعل المعالج ديك يعترف بمشاعره الانفعالية ، وأن يبدي لكاتي مدى خوفه من أن يفقدها .

وقد بدأ الاهتمام بمشكلة الشرب لدى كاتي في أثناء تدريبها هي وديك على الحديث إلى كرسي شاغر :-

المعالج : - حسناً سوف نتحدث اليوم عن الخمر .

ديك :- نعم ، دعني أقول لك ما أعتقد أنه يحدث .

المعالج : - انتظر يا ديك ، دعنا نحاول عمل ذلك بالطريقة الآتية ، أريدك أن تنظر إلى ذلك الكرسي الفارغ ، وتتخيل أن زجاجة الخمر التي تخص كاتي فيه .

ديك ( يضحك بعصبية ) :- يا دكتور ، هل تعرف أمك ما الذي تفعله كي تكسب عيشك ؟

المعالج ( يبتسم ) : - ولا حتى مجرد تخمين ، الكرسي يا ديك ، زجاجة كاتي للخمر في ذلك الكرسي تحدث إليها .

ديك ( وقد أصبح معتاداً على فنيات وأسلوب المعالج غير التقليدي ) : - حسناً دعنا نرى ، سأقول لها ....

المعالج : - لا ، لا تقل لي ما الذي ستقوله ، فقط قله لها .

ديك : - حسناً ... إسمعي ... إنك تتسببين لنا في الكثير من المشاكل ، إنك ... ( امتلأت عيناه بالدموع ، ومال المعالج للأمام وهمس مشجعاً ديك ليعبر عن ذلك الشعور الطارىء ) وأكمل ديك :- إنك تعترضين الطريق يا زجاجة ، إنك متطفلة مدمرة للمنزل ، أنا غضبان منك ، لا ليس ذلك ، أنا خائف منك ، أنا لست قوياً مثلك ، أنا لست جذاباً لكاتي مثلك ، نعم هو ذلك ، أنا أخشى أن كاتي تهتم بك أكثر مما تهتم بي ، أنا أشعر أنك حللت محلي ، أنا تقريباً أشعر كما لو أن كاتي لها علاقة غرامية تحت سمعي وبصري في منزلنا ، إن كاتي لا تطيق الصبر عنك حين تأتي للمنزل ، إنها تقضي معك من الوقت أكثر مما تقضي معي إنها تلمسك أكثر مني ( ويبدأ يبكي ) .

المعالج :- يا كاتي ما الذي تقولينه للخمر في ذلك الكرسي ؟

كاتي ( تبكي ) : - ديك على حق ، أنت متطفلة ، أنت بلطجية ، ولكنك مستقرة وثابتة ، أنا أعرف ما الذي تفعلينه لي ، أنا أعرف كيف أعاملك ، وكم أصب منك في كأسي ، وكم آخذ منك في جسمي ، لقد تحولت إليك طلباً للمساعدة بدلاً من أن أطلبها من ديك ، لا أستطيع أن أحب كليكما في نفس الوقت ، ولكنك موجودة دوماً وأعرف أنك لن ترفضيني ، أعرف ذلك جيداً ، وأعرف دائماً أين أجدك .

لقد وضع المعالج الفرض الكلينيكي التالي :- إن شرب الخمر لدى كاتي كان مثل العاشق ، وهو تهديد لزواجها وزوجها بالمعنى الإنساني ، وكان من الصعب فصل السبب عن النتيجة ، وكان من الواضح أن التباعد المتزايد بين الزوجين قد ارتبط باعتماد كاتي المتزايد على الخمر ، وقد تصور المعالج أن أي إدمان يمكن أن يكون له نفس قوة معشوق قوي قاهر على شخص آخر .

وقد اهتم المعالج بمسألة ما إذا كانت كاتي مدمنة بحق أقل من اهتمامه بعجزها عن التحول إلى زوجها طلباً للعزاء الذي بدا أنها تجده في الشراب ، ولقد أدى السيناريو التخييلي للكرسي الشاغر إلى إحداث انطباع قوي لدى الزوجين ، لقد تحقق كلاهما أن الخمر يعطل المودة والترابط في زواجهما ، وعرف ديك حاجته العظمى إلى كاتي وحبها ، والتهديد الذي يصدر عن الخمر ، وقد أصبحت كاتي أكثر وعياً بأنها تحولت إلى زجاجة الخمر بحثاً عما تحتاجه من زوجها ، وما

تريده منه ، وهو ليس الآثار المخدرة للخمر ، ولكن مصدر ثابت للرفقة والعزاء والسلوان . ( أولتمانز و نيل ودافيسون ، ٢٠٠٠ ، ص ٢٤٩ – ٢٥٤ )

وعلى الرغم من أن المعالجين الجشطلتيين يستخدمون مجموعة متنوعة من الفنيات لزيادة وعي العميل الانفعالي فإن الأكثر أهمية هو قدرتهم على الحضور مع العميل حيث يقول كلاركسون ١٩٨٩ Clarkson ما يلي :-

" إن ممارسة الأسلوب الجشطلتي معناها أن يستخدم المعالج نفسه بإخلاص وفاعلية في اللقاء مع العميل ، إنها طريقة للوجود والفعل being and doing أكثر من كونها مجموعة من الفنيات أو معادلة موصوفة للإرشاد ، ويتميز العلاج الجشطلتي برغبة المعالج أو القائم بالإرشاد في أن يكون فعالاً ونشطاً وموجوداً كشخص ، ويتدخل في العلاقة الإرشادية ، ويقوم هذا على افتراض أن معاملة العميل ككائن بشري يتسم بالذكاء والمسئولية والاختيار تميل إلى أن تجعل العميل تلقائياً ومتكاملاً وميالاً إلى الشفاء الذاتي self – healing ( كلاركسون ١٩٨٩ Clarkson ص ١٩ – ٢٠ )

وعلى العكس من العلاج المركز على العميل والذي يستند على بعض الأساس من البحث العلمي الذي يدعم فاعليته يميل العلاج الجشطلتي إلى اجتذاب القليل من الاهتمام البحثي الجاد .

## *إريك بيرن والتحليل التفاعلي* *Eric Berne and Transactional Analysis*

لقد قدم إريك بيرن ( ١٩٠١ – ١٩٧٠ ) نسقاً للعلاج عرف باسم التحليل التفاعلي (بيرن Berne١٩٧١ ) ويرى ستيوارت ١٩٨٩ Stewart أن ممارسة التحليل التفاعلي استندت على ثلاثة فروض : -

*أولاً :* - أن الناس في جوهرهم على ما يرام ( OK ) وعلى الرغم من أن المعالج قد لا يحب سلوك الشخص إلا أنه يقدره ويحترمه .

*ثانياً :* - أن الناس يمكنهم أن يتصرفوا بشكل مختلف حيث أن طريقة تفكيرنا وشعورنا وتصرفنا هي أمور من اختيارنا .

*ثالثاً :* - أن كل شخص لديه إمكانية أن يفكر ويتخذ القرارات المتعلقة بحياته .

وهذه هي الافتراضات الأساسية الشائعة في جميع الأساليب الإنسانية ، ولقد تدرب بيرن على التحليل النفسي الكلاسيكي ، وبعض الكتاب يضعون عمله في النمو المتأخر للنظرية السيكودينامية .

### *التفكير المريخي Thinking Martian*

ومن الأشياء التي كان بيرن يشجع عملاءه عليها التفكير المريخي وأن يكون العميل قادراً على ملاحظة السلوك البشري دون تصورات مسبقة preconceptions عن معناها ، وأن يستمع للكيفية التي بها يقول الناس الأشياء بقدر ما يستمع لما يقولونه ، ويتضمن ذلك الاعتراف بأن الرسائل messages من شخص لآخر تصل على مستويين هما المستوى الاجتماعي والمستوى النفسي ، ويشير المستوى الاجتماعي إلى ما يقوله الفرد للآخر في حين يشير المستوى النفسي إلى ما يعنيه بالفعل ، وعلى سبيل المثال قد يحيي شخص شخصاً آخر قائلاً :- " جميل أن أراك " ولكن نبرة صوته ونظرة عينيه يقولان شيئاً آخر :- " يا خبر ، كنت أتمنى لو لم تكن هنا ، أمر سيء أن أراك " . وحين لا يكون المستوى الاجتماعي والمستوى النفسي متناغمين تكون الرسالة متناقضة ulterior ولقد زعم بيرن ( ١٩٦٤ ، ١٩٦٦ ، ١٩٧٢ ) أن الرسالة النفسية هي الرسالة الحقيقية ، وهذا المستوى هو الذي يحدد دوماً ما يحدث ، وفي الممارسة يكون دور المعالج الجشطلتي أن يكون واعياً بالمستوى النفسي في التواصل ، وأن يجعل العميل واعياً به .

### *حالات الأنا Ego States*

لقد لخص لنا بيرن إطاراً نظرياً معقداً يستخدمه المعالجون لمناقشة طبيعة التواصل بين الشخصي مع عملائهم وهو ما أطلق عليه اسم نموذج حالات الأنا Ego State Model وهو يتكون من ثلاث حالات للأنا هي :

حالة الطفل the child وحالة الوالد the parent وحالة الراشد the adult

وفي *حالة الأنا الطفلية* يفكر الشخص ويشعر مثلما كان يفعل حين كان طفلاً وفي *حالة الأنا الوالدية* يفكر الفرد ويشعر مثلما كان يفعل الأشخاص المهمين في طفولته كالوالدين ، وفي *حالة الأنا الراشدة* يفكر الفرد ويشعر باستخدام الاستجابات المباشرة في البيئة هنا والآن .

وسلوك الفرد تدفعه حالة الأنا التي تسيطر على الشخصية في اللحظة التي يحدث فيها ذلك السلوك فالشعور بالدونية ، ومشاعر الفرح التلقائي يرتبطان بالطفل أما النقد والاتجاه التقليدي فيرتبطان بالوالد ، ويرتبط التقييم غير الانفعالي للبيئة بالراشد ، ومن الطبيعي أن نتحرك داخلين في هذه الحالات المختلفة للأنا وخارجين منها .

ويمكننا أن نفهم المرض النفسي على أنه انهيار وظيفي للحدود الفاصلة بين حالات الأنا ، وعلى سبيل المثال يسود التفكير الهذائي حين يحدث انهيار للحدود الفاصلة بين حالتي الطفل والراشد مما يجعل التخييل الطفلي يلوث التقييم الراشد للعالم ، ويمكننا أيضاً أن نحلل التفاعلات بين الشخصية من خلال التواصل بين الأفراد على مستوى حالات الأنا وعلى المستوى الاجتماعي قد يبدو أننا نتحدث راشداً لراشد ، ولكن على المستوى النفسي يحدث شيء آخر كأن نتحدث والداً لطفل ، أو طفلاً لوالد . ولقد وصف بيرن أيضاً المباريات المرضية التي يلعبها الناس من خلال التواصل النمطي لحالات الأنا .

## *سيناريو الحياة* Life Script

ويزودنا التحليل التفاعلي بنموذج نظري شديد الإحكام للمرض النفسي مبني على أساس أن المشكلات النفسية تكمن جذورها في الطفولة ، ويتضمن فهمنا للتواصل مع الآخرين استكشاف سيناريو الحياة لدى العميل ، وهو مخطط يتم تحديده في باكورة حياته فيما يتعلق بسياق الحياة كيف يبدأ ، وما الذي يحدث في منتصفه وكيف ينتهي ، ويرى بيرن أن سيناريو الحياة يتم وضعه فيما بين عمري الثالثة والسابعة ، وهو يتضمن أربعة أحكام ممكنة عن الذات والآخرين هي :-

١. أنا على ما يرام وأنت على ما يرام .
٢. أنا لست على ما يرام ولكنك على ما يرام .
٣. أنا على ما يرام ولكنك لست على ما يرام .
٤. أنا لست على ما يرام وأنت لست على ما يرام .

وتعكس تلك المشاعر الاستدماجات الوالدية في الطفولة وهي تكون أساس الطريقة التي بها يخبر الطفل حياته ، وحيث أن استدماج تلك الرسائل الوالدية يحدث في عمر صغير فإنها لا تكون نتيجة لتفكير منطقي عقلاني .
ويتماثل سيناريو الحياة ( نصّ الحياة ) مع الدراما المنفتحة لكل شخص ، وفي الطفولة يؤلف كل منا قصة حياته الخاصة ، ويشار إليها على أنها سيناريو الحياة أو نص الحياة ، ونحمل نصوص الحياة هذه إلى الرشد وننفذها لاشعورياً ونوجد طرقاً واقعية لتوكيد قراراتنا الباكرة ، ولكل منا محتوى فريد لسيناريو حياته على الرغم من وجود موضوعات شائعة مثل :-

- لا ينبغي أن أكبر .
- لا ينبغي أن أكون مهماً .
- لا ينبغي أن أوجد .

- لا ينبغي أن أنجز .
- لا ينبغي أن أشعر .
- لا ينبغي أن أكون على طبيعتي .

ويحاول المعالج أن يحدد المعتقدات المرتبطة بسيناريو الحياة لدى العميل ويواجه ذلك السيناريو ، ويشجع العميل على الاستقلال والتلقائية ، ويهدف المعالج إلى تيسير معرفة العميل أنه يستطيع أن يتخذ قرارات مختلفة في حياته ( ستيوارت ١٩٨٩ Stewart )

ويمثل سيناريو الحياة طريقة الطفل في الحياة وفي الحصول على احتياجاته فيما يبدو له أنه عالم عدائي ، ويتخذ الطفل قرارات لاشعورية ، وحين يصل الطفل إلى الرشد يلعب دوره في ذلك السيناريو ، وعلى سبيل المثال قد يدرك الطفل الوالد على أنه يريد منه أن يكون مختلفاً عن نفسه مثلما قد يحدث مع الوالدين اللذين كانا يريدان بنتاً بدلاً من الولد ؛ فقد يتخذ الطفل قراراً مؤداه " لا ينبغي أن أكون أنا " ، ويتم التعبير عن ذلك بطرق مختلفة مثل الشعور بالذات على أنها أدنى ، أو من خلال السلوك بطريقة تماثل سلوك النوع الآخر ، وعلى الرغم من جاذبية التحليل التفاعلي إلا أنه لم يتعرض للاختبار العلمي الشامل بوصفه صورة من صور العلاج .

## *الأساليب الوجودية* *Existential Approaches*

ظهرت بوادر الوجودية كاتجاه فكري في فلسفات قديمة ، ولكنها تبلورت كفلسفة واضحة المعالم على يد الفيلسوف الدانمركي سورين كيركجارد ( ١٨١٣ – ١٨٥٥ ) Soren Kierkgaard .

وليست الوجودية مذهباً فلسفياً واحداً ولكنها تتضمن فلسفات متباينة منها ما يصطبغ بصبغة دينية عميقة ومنها ما هو مغرق في الإلحاد ، ولكنها تلتقي جميعاً عند نقاط رئيسة لعل أهمها *أن الوجود سابق على الماهية ؛ فالعياني هو الأصل والمجرد والماهية لاحقان للوجود .*

وتهتم الفلسفات الوجودية بنوع خاص بالوجود الفردي الواقعي ؛ فالفلسفة الوجودية هي فلسفة الإنسان أولاً ، وقد ميزت بين الوجود الإنساني وغيره حتى أطلق هيدجر على وجود الأشياء كلمة Vorhandensein بينما اختص الوجود الإنساني بكلمة Dasein فالأشياء تبقى أما الإنسان فيوجد ، وتتألف كلمة Dasein من مقطعين هما da وتعني هناك there ومقطع sein بمعنى يكون being وهي لا تعني مجرد كائن أو موجود ، ولكنها تعني القيام بعملية الوجود

فالوجود البشري هو الوجود الحي الدينامي فهو وجود متحرك مساري ، أو عملية تفيد الاستمرار والصيرورة ؛ لذا فإن الإنسان دائماً في حالة تعال أو مفارقة للذات self-transcendence فهو في حاضره مشروع لمستقبله وما سيكون عليه ، وليست للإنسان ماهية ثابتة محددة قبل وجوده ، ولكن وجوده هو الذي يحدد ماهيته لأن الإنسان حر في اختيار ما سيكون عليه .

وإذا كان الفرد هو الذي يختار وجوده ومصيره ويحدد ماهيته ؛ فإن هذه الحرية نفسها تضعه أمام مسئوليات وجودية خطيرة لأنه دائماً في مفترق طرق ، أو في أزمة تقرير مصير لاسيما أن الوجود يهدده العدم أو الموت ، ولهذا يعاني الفرد من القلق ، ولو لم يكن للإنسان أي نصيب من الحرية ما عرف القلق ، ولكنه حر في تقرير مستقبله المباشر سواء للوجود أو للعدم ، ويقول الطبيب العقلي الشهير جولدشتين ليس القلق أمراً يصيبنا ولكنه جزء من صميم نسيج وجودنا .

ويتفق الوجوديون على نبذ التفرقة الحاسمة بين الذات والموضوع ، وهي التفرقة التي وصفها الطبيب العقلي بنزفانجر Binswanger بأنها سرطان المذاهب السيكولوجية ؛ إذ لا معنى لموضوع دون أن يدركه إنسان كما أن الوجود الإنساني يتضمن بالضرورة اتجاهاً إلى موضوعات .

وقد أطلق البعض على الاتجاه الوجودي في الطب العقلي اسم العلاج النفسي الوجودي Existential Psychotherapy بينما استخدم بعض أتباع مدرسة التحليل النفسي اسم التحليل الوجودي Existential Analysis أو Dasein Analysis .

ويهتم المعالج الوجودي بالمريض كإنسان موجود في عالمه الواقعي ولا يسقط عليه معتقداته النظرية أو نظرياته الجامدة التي قد تعجز عن تفسير سلوك المريض وحقيقة ما يعانيه ، وإنما يحاول أن يفهم الواقع العياني للمريض ويشعر به من أجل اختيار الطريقة المناسبة للفحص والعلاج .

ويرى المعالج الوجودي أن الفرد والعالم ليسا منفصلين إنما هما قطبا نظام كلي موحد أو متكامل ، وهو لا يرى الإنسان موجود في العالم كما يوجد شيء في غرفة مثلاً ولكنه يراه كما لو كان الفرد وعالمه كلاً واحداً في تكامل .

ولا يدرس المعالج الوجودي الأشياء والحوادث والظروف المحيطة بالمريض ولا يكتفي بالتعاطف مع المريض في ظروفه ، ولكنه يحاول أن يرى بيئة المريض بعيني المريض كما يدركها من داخله ومن عالمه الخاص .

والعالم لدى المعالج الوجودي علاقة ذات معنى ودلالة لا يوجد فيه الفرد وحسب ولكن يسهم في تخطيطه ، وهو يجمع الماضي والحاضر والمستقبل ، ويتضمن ..

الإمكانيات المتاحة له ، ويميز العلاج الوجودي ثلاثة.أنواع من العوالم المتصلة بالفرد :-

*العالم الأول :-* يضم كل ما يحيط بالفرد من أشياء وعوامل فيزيائية وفسيولوجية ويقابلها باللغة الألمانية Umwelt ومعناها العالم المحيط أو العالم من حوله فهو العالم المادي أو البيئة بمعناها الشائع ، وبالتالي فهو يتعلق بحاجات الفرد ودوافعه وغرائزة وظواهره البيولوجية .

*العالم الثاني :-* ويضم الناس الاخرين فهو البيئة الإنسانية ويقابله باللغة الألمانية لفظة Mitwelt أي العالم المصاحب وهنا تكون العلاقة بين الفرد والآخر علاقة بين ذاتين أو موجودين بشريين لكل منهما حريته وديناميته ، وهي علاقة تتضمن محاولة تبادل التأثير والتأثر حيث يكون كل منهما فعالاً وكل منهما منفعلاً متقبلاً للتأثير ، وهي تتضمن بالضرورة حدوث تغير يشمل الشخصين معاً .

*العالم الثالث :-* وهو عالم الشخص الخاص ويقابله باللغة الألمانية كلمة Eigenwelt أي العالم الخاص أو البيئة الذاتية ، وهو يقتصر على شعور الفرد بنفسه ولكنه يتضمن الأساس الذي يدرك الفرد من خلاله البيئة المادية والبيئة الانسانية وكل ماحوله كما يحوي هذا العالم كل إمكاناته الكامنة .

ومن الواضح أن هذه العوالم الثلاثة ليست منفصلة حيث يعيش الفرد فيها جميعاً في وقت واحد ، ولو بالغ الفرد في مراعاة أحد هذه العوالم على حساب الآخرين أو إلى درجة إهمال العالمين الآخرين لفقد واقعية كونه موجود- في- العالم .

ويهتم العلاج الوجودي أولاً وقبل كل شيء بجدية المريض نحو علاجه وهو ما يطلق عليه اصطلاح الالتزام commitment لأن صدق العزيمة لابد أن يسبق جمع المعلومات واكتساب الاستبصار .

ويضع المعالجون الوجوديون أهمية على مايطلقون عليه اسم الحضرة presence بمعنى وجود المريض في حضرة المعالج ، والحضرة في مفهومهم ليست مجرد موقف تعاطفي عابر بل علاقة حقيقية عميقة تؤدي إلى فهم عميق لوجود المريض ، فلو شعر المعالج أنه مجرد طبيب ، وأن مريضه مجرد موضوع للفحص والتفسير فسيشعر المريض أنه مجرد موضوع أو شيء ، أما إذا شعر المعالج أنه إنسان في علاقة مع انسان آخر أو أنه موجود يتعامل مع موجود فسيشعر المريض بهذه العلاقة الوجودية ويستيقظ وجوده الخاص وحريته ولكي يكتسب المعالج علماً وخبرة كاملين ينبغي له أن يكون إنساناً أولاً .

وتتجلى حنكة المعالج في العمل على استبعاد العوامل المعوقة وتذليل المقاومة وتشجيع استفادة المريض من وجود المعالج وهي عملية شبيهة بالتوليد حيث

يساعد المعالج المريض على ولادة أو استخراج شيء من داخله حيث لا يدفع المعالج المريض قهراً إلى اتخاذ موقف معين ، ولكنه يحاول من خلال علاقته الإنسانية بالمريض اكتشاف عوامل المقاومة التي تكبل إرادته وتعطل اندفاعه من المواجهة ، ولا يتعجل المعالج لحظة الانقلاب الحاسم في شخصية المريض قبل أوانها المناسب بل يترقب الموعد المناسب لها دون تعجل أو تأخير . ( وليم الخولي ( ١٩٧٦ ) ص ١٨٥ – ١٨٩ .

لا شك ان أسلوب روجرز في العلاج كان متأثراً إلى حد كبير بشخصيته وخبراته في الحياة الخاصة ، وأنه نشأ في أسرة مسيحية قوية وفلسفة وجودية أيضاً (ثورن ١٩٩٢ Thorne ) وقد أشار روجرز إلى كتابات فيلسوفين رأى أن أفكارهما تتطابق مع أفكار الأسلوب المركز على الشخص وهما بوبر و كيركجارد Buber & Kierkegaard وبالفعل يعتقد البعض أن الأسلوب المركز على الشخص والتحليل التفاعلي والعلاج الجشطلتي صوراً من الفلسفة الإنسانية الوجودية Humanistic - Existential Philosophy ( روجرز ١٩٧٣ )

ولكن الاسم الذي ارتبط بشدة مع الأسلوب الإنساني الوجودي هو أسلوب فيكتور فرانكل Victor Frankl ( ١٩٠٥ – ١٩٩٧ ) ولقد قضى فيكتور فرانكل ثلاث سنوات في معسكرات النازية أثناء الحرب العالمية الثانية ، وخلالها مات والداه وزوجته وأخوه ، وقد قادته خبراته إلى التوكيد على البحث عن المعنى search for meaning في الحياة ، وأن يقرر أن الهدف الأساسي في الحياة هو إيجاد المعنى في عالم يبدو مجرداً من المعنى ( فرانكل ١٩٦٣ ، ١٩٦٧ Frankl )

ويأتي المعنى من خلال الإنجاز achievement وخبرة تجاوز الوجود المادي transcendent experience ، والمعاناة suffering وقد صمم فرانكل نظاماً للعلاج عرف باسم العلاج بالمعنى Logo Therapy فيه يساعد المعالج عملاءه على أن يصبحوا واعين تماماً بمسئولياتهم ، وأن يختاروا الاتجاهات التي يتبنونها ، وأن ينظروا إلى الفراغ الوجودي existential vacuum في الحياة وباستخدام الإقناع والاستدلال المنطقي والتفسير والمواجهة يحاول المعالجون زيادة وعي عملائهم .

وهناك فنية خاصة في العلاج بالمعنى تسمى القصد المفارق paradoxical intention ( أي الذي يتسم بالتناقض الظاهري ) الذي فيه يشجع المعالج العميل على أن يفعل ما يخشى أن يفعله . وحين سأل بعضهم فرانكل عن الفرق بين التحليل النفسي وبين العلاج بالمعنى رد قائلاً :- " في التحليل النفسي يسترخي

المريض على أريكة وينظر بعيداً عن المحلل ويقول أشياء من الصعب أن تقال وفي العلاج بالمعنى يجلس المريض على كرسي وينظر إلى المعالج ويستمع إلى أشياء من الصعب أن ينصت إليها " .

وهناك معالجون وجوديون آخرون جديرون بالذكر منهم لودفيج بنز فانجر ( ١٨٨١ – ١٩٦٦ ) Ludwig Binswanger وميدارد بوس ( ١٩٠٣ - ١٩٩١ ) Medard Boss اللذان حاولا فهم معنى خبرة العميل باستخدام الفلسفة أكثر من علم النفس لفهم المأزق الإنساني human predicament وفي السنوات الحديثة ساعد يالوم ١٩٨٠ Yalom و دورزين ( ١٩٨٨ ، ١٩٩٨) Deurzen على جذب الاهتمام للعلاج النفسي الوجودي قائلين :- " ويركز العلاج النفسي الوجودي الراديكالي Radical Existential Psychotherapy على الأبعاد بين الشخصية والأبعاد فوق الشخصية أو المجاوزة للشخصية Supra – personal وهو يحاول إدراك آراء الناس في العالم ومناقشتها " .

ويحاول العلاج الوجودي توضيح وفهم القيم والمعتقدات الشخصية ، وإبراز ما كان من قبل ضمنياً ولم يقال ، وهذا العلاج الوجودي فلسفي بصفة أساسية وهو يسعى إلى تمكين الشخص من أن يحيا بشكل أكثر إرادية وأصالة وإفادة وهدفاً وهو في نفس الوقت يقبل حدود وتعارضات الوجود الإنساني ، ولابد للعلاج النفسي الوجودي من أن يعاد خلقه وابتكاره من جديد مع كل معالج وكل عميل .

إنه يدور بصفة أساسية حول دراسة الوجود الإنساني والانشغالات الخاصة بفرد واحد ، ولا بد من أداء ذلك دون تصورات مسبقة أو مجموعة طرق جاهزة للعمل ولا بد من وجود صراحة ووضوح تامين في موقف الفرد ، وأن يتم الحفاظ على اتجاه التعجب والدهشة والاستكشاف الذي يسمح لمواقف وخبرات معينة أن تتفتح من تلقاء نفسها ( ديورزن ١٩٩٨ Deurzen ص ١٣- ١٤ )

وترتبط القضايا التي يثيرها العلاج النفسي الوجودي بالأسئلة التي تدور حول معنى الحياة وهدفها ، وما معنى أن تكون إنساناً ، ويهتم العلاج الوجودي أيضاً بقضايا ميتافيزيقية تتعلق بما وراء الطبيعة وتتصل بالخير والشر والحياة والموت.

ويفترض المعالجون الوجوديون أن المريض لديه إرادة حرة بمعنى أن القدرة على الاختيار لديه حقيقية ، وهم يرون أن الناس مسئولون عن اختياراتهم وأنهم صناع قدرهم ، ويشجع المعالج المريض على توكيد وجود القيم في الحياة وأن ذلك في المتناول . إن وجهة النظر الوجودية في العلاج تتوهج بالأمل في مقابل

يأس المريض ، والعلاج الوجودي متوجه نحو المستقبل حيث يبذل المعالج جهداً لمساعدة المريض على الهروب من الفراغ الوجودي من خلال اللجوء إلى بدائل تتفتح له مع تقدمه في الحياة .

## *العلاج النفسي عبر الشخصي* *Transpersonal Psychotherapy*

لقد أصبح روجرز في أخريات أيامه مهتماً بالحالات المتغيرة للوعي altered states of consciousness ويبدأ يناصر فهماً أكثر روحانية للخبرة الإنسانية ، وقد ذكر روجرز أنه قد أغرته وجهة نظر آرثر كوستلر Arthur Koestler والتي مؤداها أن الوعي الفردي هو مجرد شظية من الوعي الكوني cosmic consciousness ( روجرز ١٩٨٠ Rogers )

وقد وصف روجرز ما حدث في العلاج عبر الشخصي :-

" في تلك اللحظات بدا أن روحي الداخلية inner. spirit قد امتدت ولمست الروح الداخلية للآخر ؛ لقد تجاوزت علاقتنا نفسها ، وأصبحت جزءاً من شيء أكبر ، لقد وجد النضج العميق والشفاء والطاقة " ( روجرز ١٩٨٠ ص ١٢٩ )

وهناك بعض الكتاب المعاصرين الذين ناقشوا المظاهر الروحانية في العلاج المركز على الشخص مثل بيرتون ١٩٩٨ Purton وثورن ١٩٩١ Thorne١٩٩٤ . وتطوع الأساليب الإنسانية الوجودية نفسها بشكل أكثر يسراً للتكامل مع الأفكار الروحانية أكثر من الأساليب المعرفية السلوكية ( باين وآخرون ١٩٩٢ Payne , et al )

ولكن روجرز نفسه لم يبذل المزيد من الجهد لإحكام الأسلوب عبر الشخصي والذي ربما كان أكثر قرباً من عمل أبراهام ماسلو ، والذي يعرف بأنه مؤسس الأسلوب عبر الشخصي .

## *أبراهام ماسلو والتنظيم الهرمي للحاجات*

## *Abraham Maslow and the hierarchy of needs*

لقد أكد ماسلو مثل روجرز على أن الكائنات البشرية تناضل من أجل تحقيق إمكاناتها ، ولكن في حين رأى روجرز أن السلوك يدفعه مفهوم الذات اهتم ماسلو بالدوافع المحفزة لسلوك الناس وافترض وجود نوعين من الدوافع هما :-

١ـ دافع النقص ( الافتقار ) deficiency motivation أي الحاجة إلى تخفيض التوترات الفسيولوجية مثل الجوع والعطش .

٢. دافع النمو growth motivation أي إشباع حاجات مثل الحاجة إلى الحب والتقدير على التوالي .

ولقد وصف ماسلو التنظيم الهرمي للحاجات الإنسانية كما يلي :-

١. الحاجات الفسيولوجية physiological needs كالطعام والشراب والجنس .
٢. حاجات الأمن safety needs أي الأمن النفسي وأن يكون الفرد بعيداً عن الخطر .
٣. حاجات الحب والانتماء love and belongingness needs أي أن يكون الفرد محبوباً ومقبولاً من الآخرين .
٤. حاجات التقدير والاحترام Esteem needs أي الحاجة إلى الكفاءة والقبول والاعتراف .
٥. تحقيق الذات self – actualization وهي حاجة الفرد إلى تحقيق الحد الأقصى لمواهبه وإمكاناته .

إن على الشخص أن يشبع حاجاته الفسيولوجية ، وحين يحدث ذلك يتحرك الشخص إلى المجموعة التالية من الحاجات وهي حاجات الأمن والأمان ، وحين تشبع يتحرك الشخص إلى المجموعة التالية من الحاجات وهي حاجات الانتماء وأخيراً وحين تشبع كل الحاجات الأساسية يناضل الشخص من أجل إشباع تحقيق الذات .

وإشباع تحقيق الذات ليس عمليةتخضع لقانون الكل أو لا شيء all or nothing ولكنها تأتي مع الزمن ، ومن خلال تغيرات صغيرة . ولقد رأى ماسلو أن الأشخاص الذين حققوا ذواتهم self – actualized هم أناس متوجهون ذاتياً self- directed ومبتكرون ومستقلون ولديهم رؤية واضحة لأنفسهم وللآخرين وراغبون في المحاولة وفهم آراء الآخرين ومنفتحون للخبرات الجديدة .

" إنهم يستمعون لأصواتهم ، ويتحملون المسئولية ، وهم أمناء ، ومجتهدون . إنهم يكتشفون من هم وما هم ، ليس من خلال مهمتهم في الحياة ، ولكن من خلال الطريقة التي يتألمون بها ، ويرتدون بها أحذيتهم ، وما إذا كانوا يحبون الباذنجان وكل ذلك هو ما تعنيه الذات الحقيقية ( ماسلو ١٩٩٣ Maslow ص ٤٩ )

إن الناس المحققين لذواتهم أو الذين يعملون بأقصى طاقتهم Fully functioning على حسب اصطلاحات روجرز ينفتحون للخبرات ، وهناك نوع من تلك الخبرات أثار اهتمام ماسلو هو الخبرات القممية Peak

experiences وهي خبرات تتجاوز الوعي البشري العادي ، ويعيشها الفرد على أنها خبرات من طبيعة دينية أو روحانية ، وهي خبرات تتجاوز نطاق الشخص ، ومن هنا أتى اصطلاح عبر شخصي .

" وينبغي أن أقول إنني أعتبر الاتجاه الإنساني القوة الثالثة في علم النفس ، وهو في حالة تحول واستعداد لأن يكون علم النفس الرابع وأن يكون عبر شخصي وعبر إنساني transhuman ومركز على الكون بدلاً من التركيز على الحاجلت الإنسانية ، وأن يتجاوز الإنسانية والهوية وتحقيق الذات وما شابه ذلك " ( ماسلو ١٩٦٨ Maslow ص ٣ – ٤ )

## ***ستانسلاف جروف Stanslav Grof***

وبعد وفاة ماسلو واصل زملاؤه استكشاف وتحديد مجال علم النفس عبر الشخصي ، وكان من بينهم ستانسلاف جروف وهو صديق حميم لماسلو تعاون معه في إنشاء الجمعية الدولية عبر الشخصية International Transpersonal Society .

لقد تم تدريب جروف كطبيب لكي يجري بحثاً علمياً سيكاتريا على الخبرات الفصامية والفائدة الممكنة لعقار ( L S D ) ومن خلال عمله نما اهتمامه بالعلاج عبر الشخصي في مستقبله المهني ، وحاول أن يحقق التكامل بين العلم الغربي وبين حكمة الأنظمة الروحية العظمى .

وقد كتب جروف عن أن الخبرات التي تحدث في الرحم experiences in the womb وفي أثناء الولادة يمكن أن تزودنا بمخططات نفسية روحانية psycho - spiritual blueprints ترشدنا إلى الطريقة التي نخبر بها الحياة ويمكن لذلك أن ينعكس من خلال المرض النفسي .

ولقد اعتمد جروف على عمل يونج Jung وشيلدراك ١٩٨١ Sheldrake في الربط بين خبرتنا وبين اللاشعور الجمعي تلك الخبرات التي تتجاوز حدود ما ندركه في المكان والزمان فقال :-

" إن ثلاثة عقود من الدراسة المنظمة للوعي البشري قد جعلتني أخرج باستنتاج قد يجده عديد من الأطباء النفسيين التقليديين وعلماء النفس مرفوضاً إن لم يكن غير قابل للتصديق ، ولكنني الآن أعتقد فيه بشدة هذا الاستنتاج مؤداه :- أن الوعي هو أكثر من مجرد ناتج ثانوي عارض accidental by-product للعمليات العصبية الفسيولوجية الحيوية الكيميائية التي تحدث في المخ البشري إنني أرى أن النفس البشرية والوعي هما تعبيران وانعكاسان للذكاء الكوني

cosmic intelligence الذي يتخلل الكون كله والوجود كله . إننا لسنا مجرد حيوانات متطورة لها كمبيوترات بيولوجية مغروسة داخل جماجمها ، إننا أيضاً مجالات للوعي غير المحدود الذي يتجاوز حدود الزمان والمكان والمادة والسببية الخطية ( جروف و بينيت ١٩٩٠ Grof & Bennett ص ١٨ )

لقد توصل جروف إلى استنتاجاته من خلال ملاحظته لأناس يمرون بحالات غشية trance states وأزمات نفسية روحانية تلقائية ، و حالات تأمل meditation و تنويم مغناطيسي و جلسات تخدير بالعقاقير النفسية psychedelic sessions و علاج خبروي .

ويناقش جروف مفهوم يونج عن التزامن synchronicity قائلاً :-

" في الكون الآلي الميكانيكي حيث يكون كل شيء معلق بالسبب والنتيجة لا يوجد مكان للمصادفات ذات المعنى كما ذكر يونج ، وفي ممارسة الطب النفسي التقليدي حين يدرك الشخص وجود مصادفات ذات معنى يتم تشخيصه على أفضل حال بأنه يسقط معنى خاص داخله على أحداث عارضة محضة وفي أسوأ الحالات يتم تشخيصه على أنه يعاني من هلاوس أو هذاءات ، ونتيجة لذلك يشخص الأطباء النفسيون المصادفات ذات المعنى خطأ بأنها نتيجة لمرض خطير ولو أنهم فهموا تلك الخبرات بشكل صحيح وتعاملوا معها على أنها مظاهر لأزمات نفسية روحانية لتمكنوا من مساعدة هؤلاء الناس بسرعة بأساليب تدعم التدفق الروحاني بدلاً من إيداعهم بلا داعي في مستشفيات الأمراض العقلية" (جروف و بينيت ١٩٩٠ ص ١٧٨ )

ولقد تحدث يونج عن خبراته في حالات الوعي غير العادية وتواصلاته مع مرشد روحاني اسمه فيلمون Philemon ووفقاً لمعايير البحث العلمي التقليدي يقتصر الدليل على تلك الحكايات والقصص التي لا يمكن التحقق من صحتها ولكن مثلما هو الحال مع الأساليب الإنسانية يرى جروف أن المعالج لابد أن يقبل الكشف التلقائي عن هذه العملية ويثق فيها ، وهي وجهة نظر تتفق مع يونج في أن هناك حكمة داخلية تدفع نحو الشفاء ، وأنها تأتي من اللاشعور الجمعي ، وأن ما قد يراه الأطباء النفسيون مرضاً نفسياً يمكن رؤيته في ضوء مختلف شيئا آخر.

وهناك كاتب آخر قدم بعض الاستبصارات الشديدة الأهمية من خلال خبرته الشخصية وهو شادويك ١٩٩٧ Chadwick والذي كتب ما يلي :-

" إن الفصام مهما كان معناه يبين الحياة في ضوء مبهر ومخيف ، وأرى أن الخبرة الذهانية تأخذ الفرد إلى صخور وجبال الحياة البشرية ، وإلى آخر حدود ما

يسمح به الوعي ، ومن الصعب بعد ذلك أن نأخذ على وجه العموم نموذج الواقع الذي يزودنا بـه العلم لأن الأمر يبدو كأنك تعطي لشخص صندوق أحذية كي يضع فيه فيلاً " ( شادويك ١٩٩٧ ص ٣٩ – ٤٠ )

إننا مهتمون بموضوع البحث العلمي وكيفية ارتباطه بالممارسة العلاجية ، ومن ثم حين نبدأ في مناقشة أفكار علماء النفس الإنسانيين وعبر الشخصيين يمكننا أن نرى أن بعضهم قد شكك في قيمة البحث العلمي التقليدي لفهم ما يحدث داخل مجالهم ، ورأوا أن الموضوعية تمثل الإطار المرجعي السائد في معظم البحوث النفسية ، ولكن من الخطأ أن نعتبر أنها الأسلوب الوحيد المتاح لإجراء البحوث في علم النفس ؛ فهناك المنظور الإنساني الذي يرى أن الموضوعية ليست المنظور المناسب لدراسة السلوك والخبرة البشرية . وبدلاً من النظرة التجزيئية للناس بوصفهم أنظمة لتشغيل المعلومات ، أو أجهزة للاستجابات الشرطية يراهم الأسلوب الإنساني كائنات عقلانية شديدة التعقيد يتسم كل منهم بسمات فريدة ويناضل باستمرار لتحقيق الكمال النفسي وتحقيق ذاته .

ويرى المنظور الإنساني أن المهمة الحقة لعلم النفس هي فهم الناس ككل من خلال دراسة العالم الفنومنولوجي للخبرة الفردية بدلاً من التركيز على مظاهر السلوك القابلة للملاحظة بشكل موضوعي ، ولقد انتقد المنظور الإنساني البحوث التجريبية على أساس أنها قدمت تفسيرات لأجزاء محدودة ومصطنعة من السلوك ولم تقدم الفهم الكافي للكائنات البشرية .

كما يرى المنظور الإنساني أن البحوث التجريبية الموضوعية التقليدية تمثل تشويهاً لما يجب أن يكون عليه علم النفس لأنها نقلت أسلوب العلوم الطبيعية إلى مجال علم النفس دون تمحيص مما أدى إلى وجود علم نفس ميكانيكي غير شخصي يسوده التكميم والقياس الدقيق وفحص عدد محدود من المتغيرات بوصفها وحدات معزولة من السلوك والخبرة ؛ في الوقت الذي ينبغي فيه لعلماء النفس أن يدرسوا مشكلات مثل كيف يخبر الناس العناصر المختلفة لحياتهم وكيف يتعاملون معها .

ويلخص شايلد ١٩٧٣ Child الفرق بين علم النفس الكمي وعلم النفس الكيفي أو بين الأسلوب الموضوعي التقليدي والأسلوب الإنساني ؛ فالاتجاه الكمي موضوعي متحرر من القيم ويحلل أجزاء الظاهرة المعقدة بدلاً من فحصها ككل والاتجاه الكيفي الإنساني يهتم بالقضايا الوجودية الفنومنولوجية ويدرس موضوعاته دراسة كلية ويفضل جمع البيانات الكيفية ويعتبر قيم الباحث جزءاً ضرورياً ومتكاملاً من الموقف البحثي .

وينبغي لنا أن نقول إن نقد الاتجاه الإنساني للاتجاه الموضوعي في البحث لم يؤد إلى هجران التجريب والتخلي عنه على الرغم من وجود مؤشرات تدل على تقدير علماء النفس لإسهامات المناهج غير التجريبية في البحوث .
وهناك طريقة في البحث تجمع ما بين الاتجاه الإنساني والاتجاه الموضوعي تعرف باسم الأسلوب التفسيري أو التأويلي Hermeneutic Approach والفكرة الأساسية في هذا الأسلوب هي أن الناس ليسوا مبحوثين سلبيين ولكنهم مشاركون نشيطون وشركاء للباحث في عملية البحث ، والبحث من هذا المنظور يتضمن الباحث والمشاركين في البحث في عملية حوار بناء في موضوع البحث يسهم فيه كل من الطرفين باستبصاراته وأفكاره الفريدة ، ويوصي أصحاب هذا الأسلوب بما يلي :-

١. اعتبار المبحوثين شركاء فاعلين في عملية البحث وليس مجرد مصادر سلبية للحصول على المعلومات .
٢. أن يستخدم الباحث المناهج الكيفية إلى جوار المناهج الكمية وليس بديلاً عنها .
٣. أن يجري الباحث بحثه عن كيفية تصرف الناس في المواقف الطبيعية وأن يقارن نتائجه بالنتائج التي يحصل عليها من التجارب المعملية .
٤. أن تتضمن بيانات البحث بعض تقريرات يذكرها المبحوثون عن خبراتهم إلى جوار القياسات الموضوعية .

ولقد قبل علماء النفس عبر الشخصيين فيزياء الكم Quantum Physics لتكوين أساس نظري لعملهم ( بوهم ١٩٨٠ Bohm ) واعتبروا أفكار تارت Tart ١٩٧٥ على سبيل المثال مهمة بالنسبة لهم ، ولقد رأى تارت أن هناك مجالات للوعي تقع وراء المجالات التي نفهمها اليوم ، ويمكننا استخدام العلم في دراستها ، ولكن العالم الذي نمضي معظم وقتنا في إدراكه ليس مجرد أي جزء من العالم الفيزيقي ، إنه جزء شديد التنشئة منه تم بناؤه من خلال المدن والسيارات وأجهزة التلفاز ؛ ومن ثم قد يكون إدراكنا واقعياً بالفعل ، ولكن فقط فيما يتعلق بجزء محدود ومصمم بدقة من الواقع وهو الواقع الإجماعي consensus reality وهو مجموعة صغيرة منتقاة من الأشياء التي اتفقنا على أنها واقعية ومهمة ، وهكذا فإننا داخل الإطار المرجعي الثقافي الخاص نستطيع أن نحدد ما يبدو لنا أنه تجارب علمية ممتازة ، وهي تبين أن إدراكاتنا بالفعل واقعية بالمعنى الذي اتفقنا معاً عليه ( تارت ١٩٧٥ Tart ص ٣٩ )

يرى تارت أننا سجناء حالة الوعي الطبيعية العادية ، وأن العلم الغربي أمامه تحدي وهو أن يعرف أن حالة الوعي العادية لدينا هي حالة سمسرا Samsara State " وهي ما يعني في البوذية عملية يأتي فيها الإنسان إلى الوجود بوصفه كائناً فانياً متمايزاً differentiated mortal creature أي مبدأ الفناء nirvana وهو في الهندوسية يعني سلسلة لانهائية من المواليد والوفيات والبعث تتعرض لها جميع الكائنات "

وربما كان الكاتب الذي ساعد في وضع أسس علم النفس عبر الشخصي بشكل شديد التأثير هو كن ويلبر Ken Wilber الذي حاول أن يحقق التكامل بين الديانات التقليدية الشرقية وبين علم النفس في الغرب ، ولقد اعتمد ويلبر على عدد من التقاليد الشرقية ومن بينها الهندوسية ، وناقش كيف أن الوعي تنظيم هرمي له أبعاد ومستويات ، ولقد وصف ويلبر ستة مستويات للوعي هي :-

١. المستوى الفيزيقي Physical .
٢. المستوى البيولوجي Biological .
٣. المستوى النفسي Psychological .
٤. المستوى الدقيق Subtle .
٥. المستوى السببي Causal .
٦. المستوى المطلق Ultimate .

*أولاً هناك المستوى الفيزيقي* وهو مستوى الطبيعة والكيمياء ثم *المستوى البيولوجي* وهو يهتم بالمادة الحية ثم *المستوى النفسي* وهو يهتم بالتفكير والإحساس والشعور ثم ندخل المستويات عبر الشخصية فنجد *المستوى الفرعي الدقيق* وهو مستوى الاستبصار الحالم visionary insight والحدس البدائي archetypal intuition وصفاء الوعي clarity of awareness والخبرات العليا ، ثم *المستوى السببي* وهو مجال الذوبان dissolution وتجاوز ثنائية الفاعل – المفعول subject – object وأخيراً *المستوى المطلق* وهو أعلى مستوى من الوعي .

ويدور العلاج عبر الشخصي حول تيسير نمو الشخص داخل المجال عبر الشخصي من الخبرة ( بورستين ١٩٨٠ Boorstein و روان ١٩٩٣ Rowan )

وهنا نجد بعض أوجه الشبه مع البوذية حيث يتوقف الشخص عن التوحد مع تكوينه النفسي ويدرك عند مستوى عميق أنه لا يوجد ذات there is no self ويفرق ويلبر بين التأويل والتحول ، ويأتي التأويل حين نفكر في العالم بشكل مختلف ؛ ومن ثم نتصرف بشكل مختلف كما هو الحال في العلاج المعرفي ، أما التحول فيشير إلى أن نقوم بتفكيك طريقة رؤيتنا للعالم ونجردها تماماً وبشكل جذري ، وأن نشظي إدراكنا للعالم كما نعرفه ونكسره ، والتأويل والتحول نموذجان شرعيان للتغير يتعلق كل منهما بمستوى مختلف من الوعي ( ويلبر ١٩٩٨ Wilber )

وهناك أيضاً كتاب آخرون ركزوا على العلاقة بين العلاج النفسي بين الشخصي وأفكار التقاليد الدينية الشرقية ورأوا أن الفكر الشرقي يؤكد على الروابط والصلات البينية بين كل الأشياء وكيف أنه من الوهم والخداع أن نرى أنفسنا منفصلين عن العالم من حولنا ، واستناداً إلى ذلك ناقش برازيير ١٩٩٥ Brazier كيف أن فلسفة الزن Zen شكل من أشكال العلاج فقال :-

" إن التحدي الذي تفرضه علينا الزن Zen هو أن تصل إلى خبرة الحياة بعمق وأن نجد شيئاً أصيلاً ؛ ففلسفة الزن هي إيقاظ الآخر لقلب الفرد وإخلاصه بالإخلاص ، وعلى الرغم من أن الكلمات يمكنها أن تعبر عن ذلك إلا أنها لا يمكن أن تحل محله ، إنها الخبرة الخالصة الأصيلة التي نصل إليها حين يسقط كل القلق ويتقهقر بعيداً عنا ( برازيير ١٩٩٥ ص ١٢ – ١٣ )

وتتضمن الأساليب الشرقية في العلاج والأساليب عبر الشخصية في الغالب شكلاً من أشكال التأمل وحالات الوعي المتغيرة . وعند مناقشة العلاج عبر الشخصي كتب جروف و بينت :-

وعند العمل مع حالات الوعي غير العادية يمارس المعالج والعميل دورين مختلفين عن دوريهما في العلاج النفسي التقليدي ؛ فالمعالج لا يكون العامل الفعال الذي يحدث تغيرات لدى العميل باستخدام تدخلات علاجية معينة ، ولكنه شخص ما يتعاون بذكاء مع قوى الشفاء الداخلية inner healing forces لدى العميل ويتفق ذلك مع أسلوب كارل جوستاف يونج في العلاج النفسي حيث يعتقد أن مهمة المعالج هي أن يتوسط ويتدخل لمساعدة العميل على الاتصال مع ذاته الداخلية ، وأن يتبادل معها ما يرشد عملية التحول transformation والتفرد individuation وتأتي حكمة التغير والشفاء من اللاشعور الجمعي وهي حكمة

تتجاوز الحدود وتتخطاها بذكاء من خلال المعرفة المتاحة للمعالج النفسي ( جروف و بينت ١٩٩٠ Grof & Bennett ص ٢١١ )

***الاتجاهات الإنسانية نحو النموذج الطبي في العلاج***

رأينا أن النموذج المعرفي السلوكي على الرغم من عدم اهتمامه بالأسباب البيولوجية للحالات النفسية المرضية إلا أنه يتبنى النموذج الطبي في محاولته لفهم الصور العلاجية الأكثر فاعلية لحالات مرضية معينة كما عرفها الدليل التشخيصي والإحصائي ، وأن الأسلوب الإنساني يتخذ اتجاهاً معادياً من النموذج الطبي للعلاج ، ولقد لخص لنا ماسلو موقفه من استخدام النموذج الطبي لكلمات مثل مريض Patient قائلاً :-

" أنا أكره النموذج الطبي لأنه يوحي بأن الشخص الذي يأتي للمعالج هو شخص عليل هاجمه مرض أو حاصرته علة ، وهو يبحث عن علاجها أو شفائها ، ونحن بالفعل نأمل أن يكون المعالج شخصاً يساعد في تعزيز تحقيق الذات لدى الناس بدلاً من أن يكون شخصاً يشفي مرضاً أو يعالجه " ( ماسلو ١٩٩٣ ص ٤٩ )

لقد كان الأسلوب الإنساني أقل تأثراً باستخدام الأنظمة التشخيصية من الأسلوب المعرفي السلوكي وهو يرى أن الحكم على ما هو سوي وما هو غير سوي مسألة ذاتية إلى حد كبير تعتمد على الإطار المرجعي للشخص القائم بالتشخيص وعلى سبيل المثال فإن الاختصاصي الكلينيكي ينبغي أن يحدد أولاً وقبل كل شيء ما هو نمط الأكل السوي قبل أن يحكم بأن شخصاً ما يعاني من اضطراب في الأكل . ( جارفينكل وآخرون ١٩٩٥ Garfinkel , et al )

ومن هنا لا يميل علماء النفس الإنسانيون إلى استخدام الأنظمة التشخيصية مثل ( D S M ) في عملهم ، ويكون دور المعالج هو أن يعطي للعميل الفرصة أن ينمو بنفسه وينفتح ويتكشف بطريقته الخاصة ، وأن يخترق دفاعاته ، ويكتشف ذاته . ولقد كان بعض المعالجين الإنسانيين حذرين نحو متضمنات النموذج الطبي داخل مجال الإرشاد والعلاج النفسي ، وقد انتقد ميرنز ١٩٩٤ Mearns على سبيل المثال فكرة أن العمل مع جماعات معينة من العملاء أو قضايا معينة يقتضي تدريباً مسبقاً مع تلك الجماعة أو في تلك القضية .

ولكن هناك استثناءات على أية حال فقد كان بيرن Berne على سبيل المثال وهو مفكر إنساني يشجع المنظور الطبي في العلاج النفسي ، ولبيان ما يقصده ضرب مثالاً : - " شخص أصابته شظية في أصبع قدمه أدت إلى تورم أصبعه فأصبح الشخص يعرج مما أدى إلى تصلب عضلات ظهره ورقبته ، وإصابته

بالصداع وارتفاع الحرارة . كيف نتعامل مع هذا الشخص ؟ . إنه يحتاج إلى تشخيص للشظية الموجودة في أصبعه ثم إزالتها والنتيجة هي اختفاء جميع الأعراض وبسرعة ، ومن ذلك أعتقد أننا سنسمع عن النموذج الطبي في العلاج النفسي والذي يخيف الناس ويسبب لهم كوابيس ، ولكنني أعتقد أنه نموذج جيد جداً لأنه يعمل على حالات أخرى ، وإذا أردت أن تعالج رؤوس أو عقول الناس لا بد لك من استخدام النموذج الطبي " ( بيرن ١٩٧١ Berne ص ١٢ )

***الخلاصة :-***

يظل علم النفس الإنساني قوة عظمى داخل مهن الإرشاد والعلاج النفسي ، ويبدو أن هناك نمواً معاصراً في الاهتمام بالعلاجات عبر الشخصية والوجودية وبالفعل فقد خصصت الجمعية النفسية البريطانية British Psychological Society قسماً من عضويتها لعلم النفس عبر الشخصي ، ولكن تأثير علم النفس الإنساني وعلم النفس عبر الشخصي يظل في حده الأدنى وربما كان أقل تأثيراً في مجال الطب النفسي ، ولعل سبب ذلك هو معارضة عديد من ممارسي العلاج الإنساني لإخضاع نموذجهم النظري وطرقهم في العمل مع العملاء للاختبار باستخدام مناهج البحث الإمبيريقية في علم النفس ( الملاحظة – التجربة – القياس ) ولهذا السبب ينظر عديد من علماء النفس الأكاديميين إلى المنظور الإنساني بازدراء ، ولكن على آية حال هناك الآن اعتراف متزايد داخل علم النفس بأنه ينبغي له أن يتضمن أساليب أكثر شمولية ، وهناك اعتراف أيضاً بعلم النفس الإيجابي Positive Psychology يغذيه الكتاب الإنسانيون .

***تذكر أن :-***

- يشير الكثيرون إلى علم النفس الإنساني على أنه القوة الثالثة في علم النفس بعد التحليل النفسي والسلوكية ، وأنه على العكس منهما قد أكد على المسئولية الشخصية والاختيار في حياة الناس .
- صمم روجرز الأسلوب المركز على العميل في العلاج النفسي وهو أسلوب يقوم على مقولة فلسفية مؤداها أن هناك قوة دافعة وحيدة نحو النمو التشييدي الإنساني داخل كل شخص وهي الميل إلى تحقيق الذات ، وأن المرض النفسي ينشأ نتيجة إحباط هذا الميل وإعاقته .
- يحاول المعالج المركز على العميل أن يصنع بيئة ميسرة تغذي ميل العميل إلى تحقيق الذات وتدعمه وترعاه .

- في سنواته الباكرة تعرض العلاج المركز على العميل إلى الكثير من البحوث التي دعمت فاعليته على الرغم من ميل ممارسيه إلى التقليل من أهمية البحث العلمي التقليدي وعدم تبنيهم للنموذج الطبي .
- هناك أساليب إنسانية أخرى تتضمن العلاج الجشطلتي الذي صممه بيرلز والتحليل التفاعلي الذي طوره بيرن .
- اعتبر علم النفس عبر الشخصي القوة الرابعة في علم النفس وهو يتعامل مع خبرات تتجاوز مجالات الوعي البشري العادي والخبرات البشرية العادية ، والعلماء البارزون في مجاله هم ماسلو وجروف و ويلبر وقد شككوا في إدراكاتنا للواقع .

# الفصل السادس

## الأساليب الاجتماعية والثقافية
## Social and Cultural Approaches

لقد كانت العلاجات النفسية السابقة مهتمة بطريقة أو بأخرى بالعمليات النفسية الداخلية التي تسبب المرض النفسي لدى البشر ، وفي مقابل ذلك استرعى أصحاب الأساليب الاجتماعية والثقافية الانتباه إلى أن المشكلات النفسية لدى الشخص هي مظاهر لوجود اضطراب في البناء الاجتماعي للمجتمع الذي يعيش فيه الشخص والذي تربى فيه . وهناك المستوى الأكبر macro من التحليل أو المستوى الاجتماعي الثقافي الذي يتفحص سلوك الفرد من وجهة نظر البناء الاجتماعي نفسه ، وهناك المستوى الأصغر micro أو المستوى بين الشخصي الذي يتفحص التفاعلات التي تحدث بين الأشخاص وهم يشاركون في المجتمع .

### السياق الثقافي Cultural Context

يتحدانا النموذج الاجتماعي الثقافي أن ننظر في مختلف الثقافات لمعرفة أوجه الشبه والاختلاف في الخبرة الإنسانية ؛ فإن ما يعتبر مرضاً نفسياً في ثقافة ما لا يعتبر كذلك في ثقافة أخرى ، كما أن إدراكات المرض النفسي داخل الثقافة الواحدة تتغير مع الزمن ، وعلى سبيل المثال منذ مائة عام في العصر الفيكتوري في انجلترا كانت ممارسة العادة السرية تعتبر سبباً من أسباب الجنون ، وكان الأطفال الذين يستمرون في ممارستها على الرغم من التحذير والعقاب يتم التعامل معهم بقسوة حيث كان الذكور يتعرضون للخصاء عن طريق الجراحة وكانت الفتيات يتعرضن لإزالة البظر . إن هذه الممارسات يندر وجودها اليوم في المجتمع على الرغم من أن تشويه الأعضاء التناسلية genital mutilation لا يزال شائعاً في بعض أجزاء من العالم ( واكر ١٩٩٣ Walker )

ويبين هذا المثال بشكل جيد أهمية الثقافة في تشكيل طريقة تفكيرنا في المرض النفسي ، وهناك مثال آخر يتعلق برأي الأطباء النفسيين في الجنسية المثلية homosexuality خلال العقود القليلة الماضية . لقد وصفت الطبعة الأولى من الدليل التشخيصي والإحصائي ( D S M ) الجنسية المثلية بأنها انحراف جنسي sexual perversion ووضعتها داخل فئة اضطرابات الشخصية المضادة

للمجتمع Sociopathic Personality Disturbances ولقد ظلت الجنسية المثلية انحرافاً جنسياً في الطبعة الثانية من ( D S M ) والتي نشرت عام ١٩٦٨ ضمن فئة اضطرابات الشخصية personality disorders وفي عام ١٩٧٣ في التنقيح الثاني للدليل التشخيصي والإحصائي تم تعديل ذلك حيث اتفق مجلس أمناء Board of Trustees الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA على حذف فئة الجنسية المثلية بوصفها اضطرابا نفسياً إلا إذا كانت سبباً لمعاناة الشخص ومصدر شكوى منه .

لقد جاء استبعاد الجنسية المثلية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية نتيجة ضغط سياسي political pressure من جماعات ذوي الجنسية المثلية الناشطين سياسياً ، والذين زعموا أن وجود الجنسية المثلية في الدليل التشخيصي والإحصائي أمر غير مناسب ويعبر عن وجود قهر وقمع اجتماعي .
وفي داخل الجمعية الأمريكية للطب النفسي ثار الجدل حول المكان المناسب لوضع الجنسية المثلية داخل التصنيف السيكياتري ، ويوضح ذلك أن التصنيف السيكياتري للأمراض النفسية ليس أمراً متحرراً من القيم الاجتماعية ، ولقد رأى البعض أن الطب النفسي وعلم النفس متأثران بقيم الثقافة الغربية مما يؤثر في إدراك المختصين فيهما لأنواع السلوك .

## زملات الأعراض المرتبطة بالثقافة Culture – bound Syndromes

إذا كانت المشكلات النفسية وظيفة للسياق الاجتماعي الثقافي للشخص فإننا نتوقع وجود مشكلات مختلفة في الثقافات المختلفة ، وهو ما يحدث بالفعل فهناك مشكلات نفسية في أماكن أخرى ولكنها غير مألوفة في السياقات الاجتماعية الأخرى ، وعلى سبيل المثال هناك زملة أعراض موجودة في جنوب شرق آسيا تسمى كورو koro وهي زملة أعراض تتمثل في خوف الرجال وقلقهم من أن القضيب ينكمش في البطن ، واعتقادهم أن الموت هو النتيجة الحتمية لذلك واحساس النساء بأن الثديين وشفري الفرج تنكمش ، ومن أجل منع الكورو يحاول الرجال منع انكماش القضيب بإطالته عن طريق ربط أثقال به . والكورو أمر نادر في المجتمعات الأخرى ، وفي الحالات التي لوحظ فيها كان مرتبطاً بالفصام ، أو بتعاطي العقاقير ، ولكنه في آسيا اتخذ شكلاً وبائياً عام ١٩٨٢ وفي الهند وتايلاند عام ١٩٧٦ .
وقد تعاني النساء في جزيرة بالي Bali في إندونيسيا من زملة أعراض تسمى بيباينن Bebainin وهي زملة أعراض تتضمن حدوث ألم في البطن وصداع

في الرأس ورنين في الأذنين وصراخ وبكاء وضعف في الرؤية ، وتكون بداية النوبة مفاجئة وتستمر فترة قصيرة ، وبعدها لا تتذكر المرأة ما حدث .

وهناك زملة أعراض أخرى تحدث في الملايو بين بورما وتايلاند لا نراها في الثقافات الأخرى تسمى أموك Amok وهي كلمة في لغة الملايو تعني الاندماج في معركة بغضب ، وفيها يمر الرجال بحالة من الاكتئاب والعبوس ثم يدخلون فجأة في عراك عنيف شديد دون استثارة وبلا تمييز ، ثم تنتهي زملة الأعراض بحالة من الإجهاد وفقدان الذاكرة لما حدث ، والشخص المصاب قد يجري بعنف ومعه سلاح مثل سكين ويقتل كل من يصادفه في طريقه حتى يتم التغلب عليه أو ينتحر أو يقتله أحد . وترتبط هذه الحالة بأهل الملايو بصفة أساسية ، وقد كانت شائعة نسبياً منذ بضعة قرون على الرغم من ندرتها اليوم . ولقد اعتبر المنظرون أن الأموك زملة أعراض ترتبط بالقيم الثقافية التي تضع قيوداً هائلة على المراهقين والبالغين ، والاعتقاد في حدوث استحواذ سحري magical possession من الشياطين و الأرواح الشريرة على الشخص .

وفي الثقافة الغربية رأينا في السنوات الحالية نوبات شهيرة من السلوك تتشابه مع الأموك ، وهي زملات أعراض مرتبطة بالثقافة وغيرها كثير ( وسترمير ١٩٨٥ Westermeyer )

وفي حالة وجود مشكلات نفسية متماثلة في أجزاء مختلفة من العالم فإن إدراك زملة أعراض معينة قد يختلف من ثقافة لأخرى ( إيرينوشو و أيونريند ١٩٨١ Erinosho & Ayonrinde )

والمثير للاهتمام هو أننا يندر أن ننظر إلى المشكلات النفسية المألوفة لنا على أنها مرتبطة بالثقافة ، وجدير بالذكر أن المشكلات المرتبطة بالأكل ترتبط بالثقافة الغربية إلى حد ما كما سنرى فيما يلي :-

***اضطرابات الأكل Eating Disorders***

ربما كان تأثير العوامل الاجتماعية الثقافية أوضح ما يكون حين ندرس اضطرابات الأكل ، ويصف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع ( DSM IV) ( الجمعية الأمريكية للطب النفسي ١٩٩٤ APA ) نوعين رئيسين لاضطرابات الأكل هما فقدان الشهية العصبي و الشره العصبي .

***فقدان الشهية العصبي Anorexia Nervosa***

فقدان الشهية العصبي هي حالة تتميز بالفقدان المفرط للوزن تحدث للمراهقات ذوات المستوى الاقتصادي الاجتماعي المرتفع ، وعلى الرغم من أن ٩٠ ــ ٩٥ % من المصابين بفقدان الشهية العصبي من الإناث ، إلا أن الذكور

يصابون به أحياناً . وتتباين التقييمات المعاصرة للاضطراب ، ولكن الإحصاءات تبين أن ما يقترب من ١% من المراهقات يصبن به ، وقد يكون مسار الاضطراب مزمناً حيث أن ٥% من المصابين بفقدان الشهية العصبي يُجَوِّعون أنفسهم حتى الموت ( هوك ١٩٩٣ Hock )

وتتكون المعايير التشخيصية للاضطراب في DSM IV ( ص ٥٤٤ – ٥٤٥ ) من المعايير التالية :-

أ - رفض الحفاظ على وزن الجسم فوق المتوسط الطبيعي للعمر والطول ولو بقدر ضئيل ( أي فقدان الوزن مما يجعل الوزن أقل من ٨٥% من الوزن المتوقع) .

ب - الخوف الشديد من زيادة الوزن ، أو السمنة حتى لو كان وزن الفرد أقل من الوزن الطبيعي .

ج - اضطراب طريقة شعور الفرد نحو وزنه أو شكله ، والتأثير غير الطبيعي لوزن الجسم أو شكله على تقييم الذات ، أو إنكار الفرد لخطورة انخفاض وزن الجسم الحالي .

د - لدى الإناث اللاتي تقع أعمارهن بعد سن الدورة الشهرية postmenarcheal يحدث احتباس للطمث amenorrhea أي غياب الدورة الشهرية ثلاث دورات متعاقبة .

ويذكر DSM IV نوعين من فقدان الشهية العصبي :-

١. النوع المقيد restricting type وفيه لا يأكل الشخص أثناء نوبة فقدان الشهية العصبي بشراهة ولا يتخلص مما أكل عن طريق القيء أو الإفراط في تعاطي الملينات .
٢. النوع الذي يأكل بشراهة ويتخلص مما أكل / binge – eating purging type وهو يتضمن الأكل بشراهة والتخلص من الأكل أثناء نوبة فقدان الشهية العصبي .

ويعترف هذا الأسلوب من التقسيم الفرعي لاضطرابات الأكل بالظهور المتكرر للأعراض المتداخلة فإن ما يقرب من نصف المصابين بفقدان الشهية العصبي لديهم أيضاً أعراض الشره العصبي وما يقرب من ثلث المصابين بالشره العصبي لديهم تاريخ من فقدان الشهية العصبي . ولأن بداية فقدان الشهية العصبي تحدث أثناء المراهقة فهناك العديد من النظريات التي تناقشه من خلال مشكلات النضج التي تشعل فتيلها التغيرات الجسمية والانفعالية والمعرفية التي تحدث في نفس الوقت .

ويرى بعض الكلينيكيين أن فقدان الشهية العصبي يحدث نتيجة مقاومة النضج الجنسي والنفسي ، أو نتيجة اضطراب عملية التفرد والانفصال عن الأسرة على وجه العموم ( جارفينكل و جارنر ١٩٨٢ Garfinkel & Garner ) فالأسرة تلعب دوراً في ذلك غالباً حيث يضع الوالدان على أطفالهما مطالب أداء عالية أو يرفضان بالفعل محاولات الأطفال الحصول على الاستقلال ، وتتميز أسر المراهقين المصابين بفقدان الشهية العصبي بأنها عدائية وشديدة الحماية ومتصلبة وغير قادرة عل حل المشكلات ( مينوشن وآخرون ١٩٧٨ Minuchin وييتس ١٩٨٩ Yates )

ويعتقد الباحثون أن الاتجاهات والمعايير الثقافية تلعب دوراً مهماً في نموفقدان الشهية العصبي ( جارفينكل وجارنر ١٩٨٢ ) فالثقافة لها تأثير قوي على مظهر المرأة ؛ ففي المجتمع الغربي مثلاً تحول النموذج الأنثوي المثالي من الشكل الممتليء في باكورة القرن العشرين ، إلى الشكل النحيف في العشرينيات من نفس القرن ، إلى الشكل الأقرب إلى شكل الساعة الرملية في الخمسينيات من نفس القرن ، وحديثاً عاد إلى الشكل النحيف .

ويعتبر الشكل النموذجي للمرأة أكثر من مجرد نظرة و رؤية ثقافية ، إنه يتخذ معنى إضافياً ويرمز إلى سمات أخرى كالنجاح والجمال وضبط النفس ، وفي نفس الوقت الذي أكدت فيه المعايير الثقافية المعاصرة على النحافة ازداد وزن جسم المرأة نتيجة تحسن الخدمات الصحية والتغذية ، وقد خلق ذلك صراعاً بين الشكل النموذجي للمرأة وبين شكلها الفعلي ، ويؤدي ذلك الصراع بشكل نمطي إلى تقييد الطعام ، ولكن النظام الغذائي لا يؤدي حتماً إلى فقدان الشهية العصبي .

ومن المفترض أن الضغوط الاجتماعية الثقافية جزء من نموذج أكبر للنمو يتضمن كل العوامل المهيئة للاضطراب مثل مشكلات الاستقلال عن الأسرة والتغير الجسمي السريع عند البلوغ ، والسمنة قبل الإصابة بفقدان الشهية العصبي ، وسمات الشخصية ، والنموذج الإدراكي للفرد ، والاضطرابات الإدراكية ، والمشكلات بين الشخصية والأسرية .

وهناك اعتبار آخر مهم وهو انخفاض معدل اضطرابات الأكل لدى النساء الشرقيات وغير البيضاوات ؛ فحتى وقت حديث اعتقد الباحثون أن النساء السوداوات نادراً ما يصبن بفقدان الشهية العصبي ، ولا زال هناك بعض الجدل حول ذلك الفرق هل هو حقيقي أم أنه تعبير عن التحيزات العرقية في مهنة الطب فإن النساء غير البيضاوات ربما كانت إمكانية حصولهن على الخدمات الصحية

منخفضة ، وربما لا يتم تشخيصهن بفقدان الشهية العصبي بسبب الافتراضات المركزة حول السلالة لدى من يقدمون العناية الصحية .
ويرى دولان ١٩٩١ Dolan أننا حين نضع تلك العوامل في أذهاننا يبدو لنا أن التأمل النظري حول معدل اضطرابات الأكل وصورتها لدى النساء غير البيضاوات تأمل غير ناضج ، ومع ذلك فقد وجدت البحوث أن معدل فقدان الشهية العصبي لدى غير البيضاوات أقل من معدله لدى البيضاوات بثمان مرات ( دولان ١٩٩١ Dolan ) وحتى عام ١٩٨٧ نجد في التراث البحثي تقريراً عن ثمان عشرة حالة من النساء السوداوات المصابات بفقدان الشهية العصبي في شمال أمريكا وغرب أوروبا .
وتصاب النساء غير الغربيات في الدول المتطورة اقتصادياً مثل اليابان بفقدان الشهية العصبي ولكنه نادر هناك ويرى سو ١٩٨٧ Hsu أن هناك بعض الدليل العلمي الذي يوحي أن المراهقات البيضاوات أكثر ميلاً من المراهقات السوداوات إلى استخدام النظام الغذائي بغض النظر عن المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي حيث تميل المراهقات البيضاوات إلى التركيز على الشكل والوزن ، وأن تكون صورة الذات لديهن أضعف ، وأن يكون تقدير الذات لديهن أقل ، كما أنهن بالفعل أثقل وزناً من المراهقات السوداوات ( سو ١٩٨٧ Hsu )
ومن ناحية أخرى يبدو أن فقدان الشهية العصبي قد أصبح حديثاً أكثر شيوعاً بين السوداوات في أمريكا وقد يكون المسئول عن ذلك زيادة الولاء لقيم الطبقة المتوسطة وتأثير وسائل الإعلام .

## *الشره العصبي Bulimia Nervosa*

الشره العصبي هو نوبات متكررة من الأكل بشراهة مع وجود سلوك تعويضي مثل القيء لمنع زيادة الوزن ، والمعنى الحرفي للشره هو جوع الثور Ox hunger أو النهم وتتضمن النوبات أن يأكل الفرد سراً طعاماً مرتفع السعرات الحرارية سهل البلع ، وتنتهي النوبات حين تصبح آلام البطن حادة وغير محتملة أو حين يقاطع المريض أحد ، أو حين يسقط نائماً من الإجهاد ، وبعد الأكل المفرط يأتي القيء إما لكي ينهي الأكل أو لكي يسمح بمزيد من الأكل .
ويكون المصابون بالشره العصبي مهتمين بشدة بوزنهم ، وهو ما يعطي الشعور بالتباين الدرامي لديهم ، إنهم يدركون أن طريقتهم في الأكل غير سوية ، ولكنهم يقررون أنهم لايستطيعون السيطرة على أنفسهم ، ويؤدي عجزهم عن السيطرة على أكلهم إلى مشاعر الاكتئاب والذنب وانخفاض تقدير الذات .

لقد أدت هذه النتائج بعديد من الباحثين إلى أن يروا أن اتجاهاتنا الثقافية فيما يتعلق بمظهر الشخص أمر مركزي لفهم تلك الاضطرابات ، ومن المثير للاهتمام أن الدراسات البحثية الحالية التي تم إجراؤها وجدت نسبة مئوية عالية من النساء غير الراضيات عن جانب معين من مظهرهن الجسمي ، وعلى سبيل المثال وجد الباحثون في أحد المسوح الإحصائية أن ما يزيد عن ١٠% من النساء اللاتي شملهن المسح غير راضيات عن وجوههن ، وأن ما يزيد عن ٢٠% منهن غير راضيات عن نصفهن العلوي ، وأن ما يزيد عن ٤٠% غير راضيات عن وزنهن ، وأن ٥٠% منهن غير راضيات عن منطقة الوسط ( كاش وهنري Cash & Henry ١٩٩٥ )

وقد قام الباحثون بملاحظة الفروق في شيوع الاضطرابات النفسية لدى الرجال والنساء ، وفيما يتعلق بالاضطراب الوسواسي القهري على سبيل المثال وعلى الرغم من الاعتقاد السائد بأنه نادر نسبياً إلا أن الدراسات المعاصرة توحي بأن نسبة من ١ – ٣ % من المجتمع العام تصاب بالصور المعتدلة منه ( كارنو و جولدنج Karno & Golding ١٩٩١ ) ويبدو أن الاضطراب يتوزع بالتساوي بين الذكور والإناث ، وإن كان أكثر شيوعاً بين الشباب والمطلقين أو المنفصلين والعاطلين عن العمل .

وفيما يتعلق بالفوبيات وجد الباحثون أن ١٧% من الناس في أمريكا مثلاً يعانون من شكل واحد على الأقل من اضطرابات الحصر ( كسلر وآخرون ١٩٩٤ Kessler , et al ) وأن ٦% منهم يعانون من صورة ما من الاضطراب الرهابي ، وقد كانت الفوبيات النوعية أكثر شيوعاً بين النساء منها لدى الرجال ولكن لم توجد فروق بين الجنسين فيما يتعلق بشيوع الفوبيات الاجتماعية ( بويد وآخرون Boyd , et al )

ولقد وجد الباحثون أن خمسة رجال وثلاث عشرة سيدة من كل ( ١٠٠٠ ) شخص ينطبق عليهم معايير اضطراب توتر ما بعد الصدمة .

ويوحي الدليل البحثي [إن النساء اللاتي تعانين من الاكتئاب ضعف عدد الرجال (كومر Comer ١٩٩٨ ) ولم يجد الباحثون فروقاً بين الجنسين في الإصابة باضطرابات المزاج الثنائية القطب ، ولكن الفروق بينهما توجد في معدلات

الاكتئاب العام ، ففي دراسة ECA كان معدل انتشار الاكتئاب العام لدى النساء ٧% في حين كان معدله لدى الرجال ٦و٢% .
أما فيما يتعلق بالفصام فإنه يصيب نسبة من ١ – ٢ % من السكان تقريبا وهو يوجد لدى كل من الرجال والنساء بشكل متماثل .
وتبين البحوث التي أجريت على المجتمع العام أن الصور المختلفة من اضطراب الوظيفة الجنسية شائعة نسبياً ، وربما كان القذف المبكر أكثر صور اضطراب الوظيفة الجنسية شيوعاً لدى الرجال وهو يؤثر على واحد من كل خمسة رجال بالغين على الأقل ، وتعاني نسبة من ١٠ – ٢٠ % من الذكور من اضطراب الانتصاب ( أي صعوبة الحفاظ على الاستثارة الجنسية حتى اكتمال النشاط الجنسي ) ، ويعتبر كف النشوة الجنسية الأنثوية مشكلة شائعة ، وهناك حقيقة واضحة نسبياً ، وهي أن ما يقرب من ١٠% من النساء البالغات يقررن غياب النشوة الجنسية كلياً لديهن .
وتشير البحوث أن التحول الجنسي مشكلة غير شائعة نسبياً ، ولكنه أكثر شيوعاً بين الرجال عن النساء ، وقد قررت معظم الدراسات الباكرة أن نسبة الرجال المصابين به إلى النساء تقترب من ٣ : ١ على الرغم من زيادة نسبة النساء في التقييمات الأكثر حداثة . وهناك دراسة حسبت تقديرات شيوع الاضطراب استناداً إلى عدد المرضى الذين يسعون إلى العلاج في المركز الوحيد لعلاج النوع في هولندا ، وقد قرر الباحثون وجود متحول جنسي واحد في كل( ١٢٠٠٠) من الذكور ، ومتحولة جنسياً واحدة في كل ( ٣٠٠٠٠ ) من الإناث ( باكر وآخرون ١٩٩٣ Bakker , et al ) ويبدو أن هناك بعض الفروق المتسقة إلى حد كبير بين المتحولين الذكور و الإناث من حيث الخصائص النفسية حيث تميل المتحولات إلى تقرير وجود علاقات أفضل مع الوالدين ، ووجود علاقات أكثر استقراراً مع الشريك الجنسي ، ووجود قدر أكبر من الإشباع في خبراتهن الجنسية قبل العلاج ( كوكوت و فارنر ١٩٨٨ Kockott & Fahrener وفرشور وبورتنجا ١٩٨٨ Verschoor & Poortinga )
ولقد اقترح الباحثون عدة أسباب للفروق بين الجنسين ، وعلى سبيل المثال هناك من يرى أن النساء تحيا حياة أكثر ضغوطاً ، وقد يرى البعض أن تلك النتائج تعكس وجود افتراضات مرتبطة بالنوع sex-related assumptions لدى القائمين بالتشخيص . وفي دراسة مثيرة للاهتمام تدعم هذه النظرة طلب بروفرمان وزملاؤه ١٩٧٠ Broverman and colleagues من عينة مختلطة من الأطباء النفسيين الذكور والإناث وعلماء النفس والاختصاصيين

الاجتماعيين أن يقوموا بتقييم الرجال والنساء وفقا لمجموعة متنوعة من الأبعاد وقد وجد الباحثون أن أفراد العينة رأوا النساء على أنهن خاضعات ومعتمدات وانهن أكثر صحة من الرجال .

ولقد رأى شسلر ١٩٧٢ Chessler أن الطب النفسي الذي يسيطر عليه الذكور يصف خبرات النساء باللاسواء للسيطرة على سلوكهن بما يتسق مع الصور النمطية للأنوثة Femininity ( أوشر ١٩٩١ Ussher ) ومن هنا يعمل إخصائيو الصحة العقلية كممثلين للسيطرة الاجتماعية والضبط الاجتماعي .

وفي بريطانيا على الرغم من أن حوالي ٥% من المجتمع من السود فإن حوالي ٢٥% من المرضى في العنابر الخاصة بالاضطرابات العقلية الذين تم تشخيصهم بأنهم فصاميون من السود ( بانيارد ١٩٩٦ Banyard )

وتعتبر الأقليات العرقية ethnic minorities مثل الكاريبيين الأفارقة Afro-Caribbean أكثر ميلاً لأن يتم احتجازهم كمرضى عقليين بفعل قانون الصحة العقلية ( بيلجريم ١٩٩٧ Pilgrim ) وهناك دراسات أخرى توحي بأن المرضى الأسيويين الذين يحالون إلى المستشفى أكثر ميلاً لأن يتم تشخيصهم على أنهم ذهانيون ويستخدم معهم العلاج بالصدمات الكهربية أكثر من البيض ( شيخ ١٩٨٥ Shaikh )

***ولكن ما سبب ذلك ؟***

هناك عديد من التفسيرات منها ما يتعلق بالمنهج العلمي أكثر مما يتعلق بآية فروق حقيقية بين الجماعات ، وعلى سبيل المثال رأى البعض أن الأطباء النفسيين الذين يكونوا في الأغلب والأعم من البيض المنتمين إلى الطبقة المتوسطة يسيئون فهم السلوك السوي وإدراكه داخل الثقافة الإفريقية الكاريبية على أنه سلوك مضطرب ( بانيارد ١٩٩٦ )

وهناك تفسيرات تتعلق بالفروق الحقيقية بين الجماعات ، ويقترح البعض وجود فروق جينية تؤدي إلى وجود قابلية فطرية للإصابة بالمرض النفسي بين الجماعات الإفريقية الكاريبية .

وهناك آخرون رأوا أن المعدل الأعلى للإصابة بالاضطراب النفسي لدى الأقليات العرقية هي استجابة للتحيز العرقي racism والحرمان الاقتصادي الاجتماعي (ليتلوود و ليبسيدج Littlewood & Lipsedge ).

## Sociocultural origins of psychopathology

ويمكن إرجاع ظهور النموذج الاجتماعي الثقافي حديثاً إلى نشر الكتاب البارز لهولنجشيد وردليك ١٩٥٨ Hollingshead & Redlick بعنوان " الطبقة الاجتماعية والمرض العقلي : دراسة مجتمعية

"Social class and mental illness: A community study"

لقد أدخل هولنجشيد وردليك النموذج الاجتماعي الثقافي إلى الطب النفسي وهو نموذج يعترف بأن العوامل الاجتماعية الثقافية الخارجية هي محددات مهمة للأفكار والمشاعر والسلوك ، ولا يثير دهشتنا أن علماء الاجتماع وليس علماء النفس هم الذين استرعوا الانتباه إلى كيفية تشكيل البيئة الاجتماعية لسلوكنا .

ولقد كان عالم الاجتماع الفرنسي إميل دوركايم ( ١٨٥٨ – ١٩١٧ ) Emile Durkheim مهتما بالطريقة التي يكون فيها المجتمع مجموعة القيم والمعايير الاجتماعية التي نتصرف عادة وفقاً لها ، وحين لاتتطابق قيمنا مع قيم المجتمع الذي نعيش فيه تضعف روابطنا مع ذلك المجتمع مما ينتج عنه ما أطلق عليه دوركايم اسم اللامعيارية Anomie ولقد ربط دوركايم بين الافتقار إلى التناغم والترابط الاجتماعي وبين بعض أشكال الانتحار Suicide .

وقد اهتم علماء الاجتماع بعد ذلك بكيفية تأثير مشاعر اللامعيارية والاغترابAlienation في المرض العقلي . وفي أثناء العقود الماضية كان هناك الكثير من الاهتمام البحثي بمحاولة إثبات الأدوار التي تلعبها العوامل الاجتماعية ، وربما كانت أشهر الدراسات التي أجريت على النساء اللاتي كن يعشن في لندن ، وقد وجد الباحثون أن النساء اللاتي تم تشخيصهن بأنهن مكتئبات كن أكثر ميلاً لأن يكون لديهن أطفال صغار في المنزل ، وكن أقل عملاً ولديهن القليل من الناس يتحدثن إليهم عما يقلقهن من النساء اللاتي تم تشخيصهن بأنهن غير مكتئبات ( براون و هاريس ١٩٧٨ Brown & Harris ) وتكمن أهمية هذه الدراسة البارزة في أنها استرعت الانتباه إلى الأصول الاجتماعية للاكتئاب كما أنها بالإضافة إلى دراسات أخرى لم تدع لنا مجالاً للشك في أن المرض النفسي يرتبط بالعوامل الاجتماعية .

ولقد وجد الباحثون أن خبرات العطالة والفاقة الاقتصادية ترتبط بمحاولات الانتحار ( آلبرج وشابيرو ١٩٨٣ Ahlburg & Shapiro ) وقد بينت بعض

البحوث أن الفقر على وجه الخصوص يرتبط بالمرض النفسي ( بروس وآخرون Bruce , et al ١٩٩١ )

ولقد قدم لنا ميشيل أرجايل ١٩٩٤ Michael Argyle مراجعة للأدلة العلمية تبين أن المشكلات النفسية أكثر شيوعاً لدى المنتمين إلى الطبقات الاجتماعية الأدنى ( أرجايل ١٩٩٤ Argyle )

ويمكن تقييم الصحة النفسية عن طريق معرفة عدد المرضى من مختلف الأنواع المعروفة لدى الأطباء النفسيين سواء كانوا من المقيمين بالمستشفيات العقلية أو المترددين على العيادات الخارجية . والمشكلة هنا هي أنه ربما يكون هناك بعض التحيز bias في التشخيص ، وذلك التحيز ربما كان مرتبطاً بالطبقة الاجتماعية فإن الأطباء النفسيين ربما كانوا يميلون أكثر إلى تشخيص أفراد الطبقة العاملة بأنهم حالات عقلية ( جولدبرج و هكسلي ١٩٨٠ Goldberg & Huxley ) ويوحي الدليل البحثي بأن الأطباء النفسيين قد يقومون بتشخيص أفراد الطبقة العاملة بأنهم ذهانيون ، ومن ثم يناسبهم العلاج الفيزيقي بسبب وجود صعوبات في التواصل ، ويميلون إلى تشخيص أفراد الطبقة المتوسطة بأنهم عصابيون ومن ثم يناسبهم العلاج النفسي ، وفي كلتا الحالتين فإن العديد من الناس الذين يعانون من اضطراب نفسي لا يراهم الأطباء أبداً .

وهناك بعض الاضطرابات التي ترتبط بالطبقة الاجتماعية ويعتبر الفصام هو المرض الأقوى ارتباطاً بها حيث يصاب أفراد الطبقة العاملة به خمس مرات أكثر من غيرهم من أبناء الطبقات الأخرى الأعلى ، كما يشيع الاكتئاب بين أفراد الطبقة العاملة مرتين أو أكثر من غيرهم من أبناء الطبقات الأعلى كما وجد براون وهاريس ١٩٧٨ في جنوب لندن .

وهناك صور أخرى من الاضطراب النفسي تشيع لدى أفراد الطبقة العاملة وخاصة إدمان الكحول والعقاقير الأخرى ذات التأثير النفسي ، وفي المقابل تكون معدلات القلق واضطرابات الوجدان الذهانية أعلى لدى أفراد الطبقة المتوسطة ( دورينويند Dohrenwend١٩٧٥ )

وقد بينت الدراسات الأمريكية التي حللت التأثيرات المنفصلة لكل من المكانة المهنية والتعليم والدخل أنها جميعاً متغيرات مرتبطة بالصحة العقلية ، وقد أعاد كسلر Kessler١٩٨٢ تحليل البيانات المستمدة من ثمانية مسوح إحصائية قومية تضمنت عينة قوامها ( ١٦٠٠٠ ) مبحوث وقد وجد كسلر أنه بالنسبة للرجال كان الدخل وخاصة الدخل المكتسب هو أقوى العوامل التنبؤية ، في حين كان التعليم

بالنسبة للنساء وخاصة ربات البيوت هو أقوى العوامل التنبؤية ، وكانت المكانة المهنية هي أضعف العوامل التنبؤية بالنسبة لكلا الجنسين .

ولقد كان تأثير العطالة سيئاً جداً على الصحة العقلية ، ولكن *هل تؤدي العطالة إلى ضعف الصحة العقلية أم أن العكس هو الصحيح ؟*

لقد أجرى بانكس وجاكسون ١٩٨٢ Banks & Jackson دراسة طولية ذكية للإجابة على ذلك السؤال حيث تتبعا لمدة عامين بضعة مئات من الشباب ممن تركوا المدرسة ، وقد وجدا أن المبحوثين الذين التحقوا بوظائف انخفضت درجاتهم على استبيان الصحة العامة في حين ارتفعت درجات المبحوثين الذين لم يجدوا وظائف ليعملوا بها ، وبالإضافة إلى ذلك كان هناك ميل صغير مؤداه أن ذوي الصحة العقلية الأضعف لا يحصلون على وظائف . وفي محاولة لتفسير تلك البيانات رأى الباحثون أن الناس المضطربين عقلياً يتحركون إلى قاع المجتمع وتسمى هذه النظرية " نظرية الانجراف إلى أسفل Downward drift Theory " وهي تعني أن الناس الأقل قدرة على العمل والإنجاز في المجتمع ينتهي بهم الأمر في الطبقات الاجتماعية الأدنى ، وأن القادرين على العمل والإنجاز بكفاءة يتحركون صعوداً في الطبقات الاجتماعية فإذا أصبح الناس مضطربين عقلياً في باكورة حياتهم يتأثر تعليمهم ومستقبلهم المهني سلبياً ، ويميلون إلى الحراك إلى أسفل المجتمع .

وهناك صورة أخرى من النظرية مؤداها أن الاضطراب العقلي يجعل الحراك إلى أعلى أكثر صعوبة ، وفي السنوات الحديثة وجد الباحثون أن الطبقة العاملة تتقلص ، وأن العديدين يخرجون منها ، ولكن من غير المرضى العقليين ( هاركي وآخرون ١٩٧٦ Harkey , et al ) وتنطبق نظرية الانجراف إلى أسفل على الفصام خاصة ( ويتون ١٩٧٨ Wheaton ) ولكنها تنطبق على الصور الأخرى من الاضطرابات النفسية ، ويتفق معظم الباحثين على أن هذه العملية تلعب على الأقل دوراً صغيراً في تفسير العلاقة بين الطبقة الاجتماعية والصحة ( ويليامز ١٩٩٠ Williams ) ولكنها لاتفسر بشكل تام العلاقة بين الطبقة الاجتماعية والمرض النفسي .

ويعتقد الباحثون أيضاً أن ذوي المكانة الاجتماعية الأدنى أكثر تعرضاً لضواغط الحياة Life Stressors وقد أعاد ماك ليود و كسلر ١٩٩٠ McLeod & Kessler تحليل خمس دراسات تضمنت ما يقرب من ( ٧٠٠٠ ) مبحوث ووجدا أن أفراد الطبقة الدنيا يمرون بعدد أكبر من الأحداث غير المرغوبة من مختلف الأنواع ، وخاصة فقدان الدخل واعتلال الصحة ، كما أنهم وفق دراسات أخرى

أكثر تعطلاً عن العمل ، أو يعملون في وظائف محبطة ، أو يقعون في مشكلات مع القانون ، ولديهم عدد أكبر من منغصات الحياة اليومية مثل إدمان الأزواج وسوء المسكن ، والمشكلات المالية ووجود العديد من الأطفال في المنزل ، وهم ينغمسون في سلوكيات صحية أخطر مثل التدخين وعدم ممارسة الرياضة ( بلاكستر ١٩٩٠ Blaxter ) وربما كان ذلك لأن لديهم القليل من المصادر وأهمها التعليم وضعف مستوى التدعيم الاجتماعي .

وهناك عدد من الفروق المهمة في الشخصية فقد وجد الباحثون أن أناس الطبقة العاملة أدنى في الضبط الداخلي internal control ( ليفكورت ١٩٧٦ Lefcourt ) وهو من أكثر المكونات أهمية في الصلابة hardiness أي القدرة على مقاومة الضغوط الخارجية وتقدير الذات هو مظهر آخر من مظاهر الشخصية التي تمكن الناس من مقاومة الضغوط ( كونكيت وموس ١٩٨٤ Cronkite & Moos ) وهناك فروق طبقية أيضاً في أسلوب التغلب على الضغوط فأفراد الطبقة العاملة أكثر ميلاً إلى القدرية والسلبية والانسحاب في حين يميل أفراد الطبقة المتوسطة إلى استخدام وسائل إيجابية فعالة مثل محاولة حل المشكلة أو الاستعانة بالآخرين أو حتى الحصول على معلومات منهم ( فيروف وآخرون ١٩٨١ Veroff , et al )

ويميل أفراد الطبقة العاملة إلى مخالفة القانون تحت تأثير الضغوط ، كما تظهر استجابتهم للضغوط في صورة سيكوسوماتية ، وأصول هذه الفروق في أساليب التغلب يمكن أن توجد في أنماط التنشئة الاجتماعية فأبناء الطبقات الدنيا يخبرون الفقر poverty والرفض rejection والإجرام criminality والأسر الفوضوية chaotic families مما يؤدي إلى حدوث مشكلات شخصية فيما بعد ، ويعتبر أبناء الطبقة العاملة عامة أكثر تعرضاً للأنماط الجامدة والعقابية من النظام .

وهناك افتراض آخر هو أن الصحة العقلية تتأثر إيجاباً بالسعادة وهناك عدد من الدراسات الطولية بينت أن السعادة تؤدي إلى الصحة العقلية وهناك عديد من الفروق الطبقية في السعادة .

وترتبط السلوكيات الضارة بالصحة بعوامل اجتماعية أوسع مثل التعليم والأمن المالي مما يجتذب اهتمامنا إلى ما أشار إليه سمايل ( ١٩٩٦ أ ) Smail باسم طابع القوة.

## Impress of power طابع القوة

لقد رأى سمايل ( ١٩٩٦ أ ) أن تأثير القوة الاجتماعية أمر أساسي في فهم المشكلات النفسية واعتبر أن المعاناة الفردية نتيجة لعملية اجتماعية مؤداها أن المشكلات النفسية تكمن أصولها في عوامل قوية بعيدة عن عن تاريخ حياة الشخص مثل السياسة والاقتصاد والثقافة ، إن إساءة استخدام القوة misuse of power توجد في جوهر مصاعب الناس ( هوجان وسمايل ١٩٩٧ Hogan & Smail وسمايل ١٩٩٧ أ ، ب ) ويرى سمايل أن هدف العلاج ينبغي أن يكون محاولة زيادة القوة والمصادر المتاحة للعميل .

إن ما يميز المنظور الاجتماعي الثقافي عن باقي العلاجات هو أنه لا يركز على الفرد بل يركز على المجتمع ؛ فالعلاج النفسي سواء كان سيكوديناميا أو معرفيا أو سلوكيا أو إنسانيا يحاول مساعدة الشخص لكي يحيا في المجتمع كما هو ولكن التفسيرات الاجتماعية الثقافية تؤكد على الطريقة التي نصبح من خلالها نواتج لثقافتنا ، وحين نغير ثقافتنا نكون في وضعية أفضل لتحقيق مجتمع صحيح ( نيونيس ١٩٩٦ Newness )

ولهذا السبب كان الاتجاه الاجتماعي الثقافي أقل اهتماماً بما يشكل الاضطراب النفسي وكيفية التعامل معه ، إنه يهتم بتغيير المجتمع بدلاً من ذلك ، وعلى سبيل المثال فإنه يهتم بكيف يخلق نظام التعليم التقسيمات الاجتماعية ويحافظ عليها ؟ وكيف ينبغي أن يكون النظام البديل للتعليم ؟

وهناك مظهر آخر للاتجاه الاجتماعي الثقافي يعتبر أكثر إثارة لاهتمام المعالجين النفسيين وهو مدى كون مهن الصحة النفسية نفسها جزءاً من القوى الاجتماعية الكابحة oppressive social powers للناس ، وما إذا كانت مهمة العلاج نفسها تحتاج إلى تغيير ، وهناك من رأى أن الأمر بالفعل كذلك مثل الطبيب النفسي فرانكو باساليا Franco Basaglia الذي اعتبر المستشفيات النفسية أدوات للسيطرة الاجتماعية وممارسة العنف ، ورأى أن علينا تقديم العناية للمجتمع ( تانسيلا و وليامز ١٩٨٧ Tansella & Williams ) هذا بالإضافة إلى أشهر نقاد مهنة الطب النفسي ومناصر النموذج الحيوي الطبي توماس زاس.

## توماس زاس وخرافة المرض العقلي

## Thomas Szasz and the Myth of Mental Illness

لقد رأى زاس ١٩٦١ Szasz أن النموذج الحيوي الطبي حين يتم تطبيقه على المشكلات النفسية فإن الأمر يكون على سبيل المجاز والاستعارة لأن المشكلات النفسية ليست أمراضاً مثل الأنفلونزا ؛ وبمعنى آخر فإن علاقة المرض الجسمي

بالمرض العقلي مثل علاقة تعطل جهاز التليفزيون ببرنامج تليفزيوني غير مرغوب فيه ، وعلى وجه اليقين فإن كلمة مريض sick تستخدم بشكل مجازي فنقول نكتة مريضة ، واقتصاد مريض ، وأحيانا يكون العالم كله مريضاً ، ولكن حين نصف العقل بالمرض فإننا نستخدم استعارة خاطئة لكي نصف بها حقيقة ونرسل الطبيب لكي يعالج المرض ، ويكون الأمر كمن يرسل جهاز التليفزيون لمهندس لإصلاحه لأنه يعرض برنامجاً لا يوافق على مشاهدته ( زاس ١٩٧٤ Szasz ص ١١ )

ويرى زاس أن مفهوم المرض العقلي هو مفهوم تم اختراعه للسيطرة على الناس وتغييرهم لأن سلوكهم يهدد النظام الاجتماعي social order وكما رأينا فإن إحدى مهام النموذج الطبي هي تصنيف الاضطرابات النفسية المختلفة و وصفها ولقد رأى زاس أن التشخيصات السيكاترية هي لافتات واصمة stigmatizing labels تمت صياغتها كي تماثل التشخيصات الطبية ويتم تطبيقها على الأفراد الذين يزعج سلوكهم الآخرين أو يضايقهم ، ويسمى الأشخاص الذين يعانون هم من سلوكهم ويشتكون منه باسم عصابيين ، أما الأشخاص الذين يعاني من سلوكهم الآخرون ويشتكون منهم فيطلق عليهم اسم ذهانيين (زاس ١٩٧٤Szasz ص٢٦)

وعلى الرغم من أن آراء زاس ربما كانت اليوم أقل شيوعاً إلا أن هناك من ينتقد فكرة أن المشكلات النفسية يمكن فهمها بشكل أفضل بوصفها مرضاً ، وأنها يمكن أن تعالج بشكل أفضل من خلال النموذج الطبي .

وقد كتب سمايل ١٩٩٦ ما يلي : -

" إن ولع الأطباء النفسيين بتصنيف الظواهر النفسية المرتبطة بالمعاناة إلى زملات مرضية تشخيصية أمر لا قيمة له مطلقاً لأن ضحايا تلك الأمراض ليسوا حاملين لجراثيم المرض ، ولكنهم في جوهرهم كائنات بشرية تناضل من أجل التعامل مع عالم مضطرب ، والجهود المستمرة للأطباء النفسيين من أجل تحديد الأنواع المختلفة للمرض بدقة وبشكل جامع مانع لا بد لها من مراجعة في داخل حدود المعاناة الانفعالية في نهاية القرن العشرين ، ويبدو أن الأطباء النفسيين يأملون في أن يكونوا مثل علماء العصر الفيكتوري الذين كانوا يقومون بتصنيف الفراشات بشكل دقيق ، فيعرفون خصائص الأمراض التي يمكن أن يعالجها الطبيب ، أن النقد المنتشر لهذا الأسلوب ناهيك عن عدم جدواه الواضحة لم يفعل شيئاً خلال القرن الماضي لتقليل حماسة المتورطين فيه " ( سمايل ١٩٩٦ أ Smail ص ٤٩ – ٥٠ )

علاوة على ذلك كتب آلبي ١٩٩٦ Albee عن الكيفية التي تم بها وضع مفاهيم الاضطراب العقلي بطريقة تدعم وتعزز حكام المجتمع الاستغلالي ، وقد ناقش مارشال ١٩٩٦ Marshall هذا الموضوع فيما يتعلق بالتشخيص السيكياتري للفصام :-

" أنا مهتم بالطريقة التي أصبح من خلالها الفصام كاصطلاح له مصداقية علمية بوصفه مرضاً ، ثم أصبح شيئاً مادياً يتخذ شكل اضطراب وراثي مما يبرر البحث عن الجينات المسببة له بالتحديد ، وأطروحتي هي أن الكثير مما يحدث في مجال العلم هو عملية صناعة الخرافة myth-making process وهي عملية تكسبها قوة دافعة وتغذيها مجموعة متنوعة من الاهتمامات والمصالح ويدعمها الافتقار إلى التحليل الواقعي ، والميل إلى تقديم نتائج تدعم الموقف البيولوجي الحتمي biologically deterministic stance " ( مارشال ١٩٩٦ Marshall ص ٥ ) ولقد ناقش مارشال الدليل الذي يعزز أطروحته وشكك في استخدام فنيات إحصائية معينة في بعض الدراسات بهدف بيان مدى إمكانية وراثة heritability الفصام ، واستشهد بقول روز ١٩٩٠ Rose " الحقيقة هي أن أي مجموعة قابلة للتصور من البيانات يمكن أن يتم تناولها بشكل يجعلها تتناسب مع نوع ما من النموذج الوراثي إذا حاولنا بقدر كاف ، ولقد كانت هناك عقود زمنية عديدة من المحاولة " .

وهنا نذكر كتاب بريجين Breggin بعنوان " الطب النفسي السام Toxic Psychiatry " وهو كتاب يشكك في العلاقة بين مهنة الطب النفسي وصناعة الأدوية النفسية Psycho-pharmaceutical industry ويذكرنا مارشال بقول مارك توين Mark Twain "*حين يتكلم المال عندئذ تصمت الحقيقة When money talks then truth is silenced*" حيث يقول مارشال : - " تزودنا التفسيرات البيولوجية ببؤرة لاشخصية apersonal لاتاريخية ahistorical لااجتماعية asocial جاهزة ، ولكن في الواقع فإن المعتقدات الجينية الإجماعية قائمة على جهود إحصائية ومنهجية غير مشروعة illegitimate وروايات كاذبة مأخوذة عن روايات مكذوبة وتشويهات للبيانات وانتقائية وتحريف للحقائق وكلها تعبر عن إغفال كبير للتفكير العلمي . لقد تم استبعاد المنظور الاجتماعي الاقتصادي والتاريخي للسلوك المضطرب والمعاناة الناتجة عنه بوصفه منظوراً غير علمي ، وأن الدافع وراءه سياسي ، والآن فإن المنظور النفسي والعلاج النفسي في سبيله إلى أن يصبح هامشياً بالنسبة إلى

التفسيرات الجينية والبيولوجية ، ومن الصعب أن نتجنب الانطباع بأن أنصار هذا الاتجاه قد تجنبوا العلم والأيديولوجية ( مارشال ١٩٩٦ Marshall ص ١٢ )
لقد أوردنا هذه الاستدلالات لتقديم ما نرى أنه جوهر النقد الاجتماعي الثقافي للمنظور الطبي ، ونرى أن هناك ثلاثة وجوه للنقد كما يلي : -

١. أن تطبيق المناهج العلمية التقليدية لفهم المرض النفسي فاسد ومتأثر بالمصالح الذاتية .
٢. أن المشكلات النفسية ليست عضوية في طبيعتها ، ولكنها ناتجة عن القوى الاجتماعية .
٣. أن تصنيف المرض النفسي أمر غير مجد وغير ضروري .

وحين ننظر إلى وجوه النقد سالفة الذكر كل في دوره نقول إن العلم على الرغم من أنه قد ألهمنا مبادئ الموضوعية إلا أن ممارسة البحث العلمي قد تتأثر بلا شك بالأهداف السياسية political agenda والتمويل funding وتدفعها أحياناً المصالح الذاتية self-interests ومظاهر الضعف الإنساني الأخرى بدلاً من البحث عن الحقيقة ، وبحوث العلاج ليست مختلفة في هذا الصدد ( جولدفرايد ٢٠٠٠ Goldfried ) ومع ذلك فقد جمع الباحثون النفسيون قدراً كبيراً من نتائج البحوث ( برجين وجارفيلد ١٩٩٤ Bergin & Garfield ) ونكون حمقى لو ألقينا بالطفل إلى المجاري مع ماء الحمام ، وكما رأينا من قبل هناك بعض الأدلة المقنعة على أن بعض صور المرض النفسي عضوية في طبيعتها ، ولقد أوحى العمل العلمي خلال العقدين الماضيين بأن العوامل الجينية في المرض النفسي قد تكون موروثة ، وأن المعاناة النفسية ترتبط بمستويات الموصلات العصبية neurotransmitters ولقد أنارت تقنيات التصوير العصبي neuroimaging لنا فهم مناطق المخ المسئولة عن الوظائف النفسية المختلفة ولا نستطيع ببساطة أن نتخلى عن كل ذلك الدليل العلمي ، كما أن هناك بعض صور المرض النفسي أكثر ميلاً إلى أن تكون بيولجية في طبيعتها ، ويحسن أن نتعامل معها بطريقة حيوية طبية .
وعلى أية حال لو جاز لنا أن نقبل ذلك النقد على أنه صحيح وأن الاضطرابات السيكياترية ليست لأكثر من مجاز أو استعارة فإن ذلك لا يعني أن تصنيف المشكلات النفسية ليس هدفاً مفيداً لأنه يحقق أموراً ثلاثة :-

١. أن التصنيف بغض النظر عن صحته يحقق للفرد قدراً كبيراً من اقتصاد الجهد .

٢. أن التصنيف يضيق – ولو بشكل زائف – من نطاق المجهلة في تعامل الباحث مع قدر كبير من البيانات .
٣. أن التصنيف عامة بما يتضمنه من تعميم وتجريد واختزال يحقق هدفاً أساسياً من الأهداف التوافقية للعلم والمعرفة الإنسانية عامة فالتصنيف في النهاية علم بالغ ما بلغ من زيف أو صدق ( قدري حفني ومحمد خليل ١٩٨٢ ص ٥١ )

إن تصنيف المشكلات النفسية يجعلنا قادرين على وصف الطرق المختلفة التي تبدو بها المظاهر المختلفة للمعاناة البشرية ففي كثير من الأحيان يخلط أنصار الموقف المعادي للنموذج الطبي بينه وبين المنهج العلمي وهما ليسا مترادفين فمن المؤكد أن العاملين وفق النموذج الطبي يتبنون المنهج العلمي ، ولكن المنهج العلمي قابل للتطبيق لاختبار فاعلية الأساليب العلاجية المختلفة ، ومن هنا فإن التصنيف والوصف أمران مفيدان علمياً ، ولكن مصدر الخطر هو كيفية استخدام نسق التصنيف .

## ***نظرية التصنيف وإطلاق التسميات*** Labeling Theory

لقد أشار نقاد النموذج الطبي إلى أن التشخيص يمكن أن يستخدم في التصنيف وإطلاق التسميات وربما كانت أشهر الدراسات التي تبين مصاعب التشخيص وتمييز السلوك السوي وغير السوي هي دراسة دافيد روزنهان ١٩٧٣ David Rosenhan وفيها كان الفريق البحثي يتكون من ثمانية أشخاص أسوياء زاروا اثني عشر مستشفى من المستشفيات العقلية المختلفة وهم يزعمون أن لديهم هلاوس سمعية auditory hallucinations وأنهم يسمعون أصواتاً تقول كلمات مثل : غبي و تافه ، وكان ذلك جزءاً من التجربة لأنهم لم يكونوا يسمعون أصواتاً بالفعل ، وقد أجابوا على الأسئلة الأخرى التي سألها لهم الأطباء بأمانة ولقد أدخل الأطباء معظم أفراد فريق روزنهان إلى المستشفى بعد أن تم تشخيصهم بأنهم مصابون بالفصام .

وبعد أن أدخلهم الأطباء المستشفى أصبحت مهمة الفريق البحثي ( المرضى الزائفون pseudo-patients ) هي أن يقنعوا الأطباء أنهم أسوياء وعاقلون وعلى الرغم من أنهم داخل المستشفى تصرفوا بشكل طبيعي ، وأصروا على أنهم عقلاء إلا أنهم أودعوا بالمستشفى فترة تتراوح بين سبعة أيام واثنين وخمسين يوماً بمتوسط قدره تسعة عشر يوماً وحين أخرجهم الأطباء النفسيون من المستشفى شخصوهم بأنهم فصاميون خفت حدة أعراضهم ، ولكن الأكثر أهمية من ذلك هو أنهم حين كانوا مودعين بالمستشفى أدرك الأطباء سلوكياتهم السوية

علـى أنهـا سـلوكيات فـصامية ، ومـن المثيـر للاهتمـام أن المرضـى الآخـرين المـودعين فـي المستشفى قد كشفوا الخدعـة وعرفـوا فريق البحث بـأنهم مـدعون ونصابون .
وكانت الخطوة التالية من بحث روزنهان أكثر إثارة للاهتمام فقد أخبر روزنهان المستشفيات النفسية بأن المرضى الزائفين سيقدمون أنفسهم للمستشفيات ثانية في الشهور القليلـة وكانت النتيجـة هـي أن الأطبـاء قد عرفـوا خمس المرضـى الـذين تقدموا إلى المستشفيات النفسية خلال ذلك الوقت بأنهم مدعون و مرضى زائفون ( روزنهان ١٩٧٥ Rosenhan )
وتعتبر دراسـة روزنهـان دلـيلاً علـى أن التشخيص أمر غير أكيد وأنـه يمكن أن يـؤدي إلـى إطـلاق التسميات علـى الأشـخاص ، ومـا أن تلتصق التسمية بشخص حتى تصبح من قبيل النبوءة المحققة لذاتها self-fulfilling prophecy .

***العلاج بوصفه عملية قمع واضطهاد Therapy as oppression***

يختلف المعالجون في مدى وعيهم بالتبـاين الثقـافي cultural diversity وكيـف تلعب العوامل الاجتماعيـة الثقافيـة دوراً مهمـاً فـي تشكيل خبرات حياة كل من المعالج والعميل ( بونيروتو ١٩٨٨ Ponterotto ) والوعي بالتنوع الثقافي أمر أساسي في العمل كمعالج .
ويشكك النموذج الاجتماعي الثقافي في إدراكاتنا لما هو سوي وما هو غير سوي واستخدامنا للسلطة والقوة في مواجهة الآخرين ، ووفقاً لبعض النقاد فإن العلاج النفسي بغض النظر عن توجهه النظري هو قوة قمع واضطهاد تعمل على الحفاظ علـى الحالـة الـسياسية الراهنـة political status quo (ماسـون ١٩٨٨ Masson )
وعلـى الـرغم مـن أن هـذه الرؤيـة ربمـا كانـت متطرفـة إلا أن الأمـر يـستحق أن نـدرس الفـروق الـسياسية بـين العلاجـات الحيويـة الطبيـة والنفسية والاجتماعيـة الثقافية ، ولقد كتب عـالم النفس الأمريكي جورج ألبي George Albee عن الممارسة الحالية لعلم النفس الكلينيكي قائلاً :-
" هناك فروق سياسية رئيسة بين النموذج الطبي العضوي المبني على أساس من قصور المـخ فـي تفسير الاضـطرابات العقلية ، وبـين نمـوذج التعلم الاجتماعي المرتبط بالضغوط ؛ فالنموذج الطبي الحيوي تدعمه الطبقة الحاكمـة لأنـه نمـوذج لا يطلـب حـدوث تغير اجتمـاعي أو تغييرات رئيسة فـي الحالـة السياسية الراهنـة أما النموذج الاجتماعي الثقافي فيسعى إلى إنهاء الفقر والضغوط المرتبطة به أو

تقليله ، والقضاء على التمييز discrimination والاستغلال exploitation والتعصب prejudice ومصادر الضغوط الأخرى التي تؤدي إلى حدوث مشكلات انفعالية ، ومن خلال ارتباطه بالنظرة المحافظة conservative المتعلقة بالسببية ألحق علم النفس الكلينيكي نفسه بالقوى التي تحافظ على الظلم الاجتماعي social injustice ( ألبي ٢٠٠٠ Albee ص ٢٤٨)

ومن الطبيعي أن تتباين العلاجات النفسية في مدى تبنيها للنموذج الطبي للسببية في مقابل النموذج الاجتماعي وربما كانت الأساليب المعرفية السلوكية أكثر العلاجات تبنياً للنموذج الطبي ، والأساليب الإنسانية الوجودية أقلها تبنياً له ، وكل تلك الأساليب العلاجية بالإضافة إلى الأساليب السيكوديناميه مهتمة بصفة أساسية بالعمليات الداخلية الفردية أكثر من اهتمامها بالعمليات الاجتماعية الثقافية ، كما أن جميع صور العلاج النفسي تهتم إلى حد كبير بتغيير الشخص بدلاً من تغيير المجتمع .

والسؤال الذي يثيره البعض هو :-

*ما مدى مساعدة العلاج للناس على العمل بكفاءة في مجتمع مريض ؟*

وهنا نذكر الفيلسوف الاجتماعي والمحلل النفسي إريك فروم ( ١٩٠٠ – ١٩٨٠) Eric Fromm الذي ألقى الضوء على كيفية تعزيز المجتمع الغربي للاتجاه نحو الملكية having بدلاً من تعزيز الاتجاه نحو الكينونة والوجود being ( فروم ١٩٣٣ Fromm ) وكيف أن التغيير ينبغي أن يحدث ليس للفرد فقط ولكن للأبنية الاجتماعية والاقتصادية أيضاً ، ومن ثم فإن الأساليب العلاجية الاجتماعية الثقافية ترفض التدخلات العلاجية الطبية المعيارية وتشكك في العلاج الطبي للمعاناة النفسية وتشير إلى القيم الاجتماعية وإساءة استخدام السلطة والقوة بدلاً من ذلك ، وهو ما يشكك في المرض النفسي ، ومن ثم لم يعد اهتمامها العلاجي منصباً على تغيير الفرد كي يناسب المجتمع الموجود بشكل أفضل ولكنه أصبح منصباً على تغيير المجتمع نفسه

ويطرح سمايل ( ١٩٩٦ أ ) Smail البديل وهو وجود مجتمع يقوم على الأخلاق فيه تتم العناية بالناس والاهتمام بهم ، ففي مجتمعنا كان المرض النفسي وظيفة للقوى الاجتماعية والبيئية التي تعمل على التأثير فينا ، والعلاج النفسي يقدم لنا حرية مكبلة بالقيود التي نعيش فيها ، وما يمكن للمعالجين النفسيين أن يفعلوه لتغيير المجتمع قد يكون محدوداً على الرغم من نشأة الجمعيات العلاجية الوجودية لتهيئة بيئة آمنة مطمئنة للعملاء كي يستمروا في رحلتهم لاستكشاف الذات ( كوبر ١٩٦٧ Cooper ) وكانت الفكرة المطروحة هي إنشاء مجتمعات

محلية أصغر داخل المجتمع لتزويد الأعضاء بالقبول والتوكيد والعلاقات المخلصة بين الأشخاص ، أما مسألة مدى نجاح تلك المحاولات فتلك قضية أخرى ، وبالفعل هناك القليل من المجتمعات العلاجية من هذا النوع موجودة الآن

ويعتبر علم نفس المجتمع Community Psychology مبادرة حديثة مثله مثل الحملات الإعلامية والبرامج التربوية في المدارس والتي تطبق فنيات علاجية للمساعدة على وقاية الناس من المشكلات ، ولكن من الصعب على آية حال أن نقيم فعالية علم نفس المجتمع إذا تم تطبيق تلك البرامج في العالم الواقعي وأخيراً يستحق الأمر منا أن نشير إلى أن العديد من القيم التي يتمسك بها المجتمع الغربي فيما يتعلق بأهداف العلاج هي أهداف خاصة بالثقافة ، وعلى سبيل المثال فإن الثقافات غير الغربية تتخذ موقفاً مختلفاً من العلاج ؛ ففي الوقت الذي تركز فيه الثقافة الغربية على الفرد إلى حد كبير ويدور العلاج حول استعادته لشعوره بالتلقائية والاستقلال وهي أهداف ثقافية خاصة نجد أن العلاج في الهند يهدف إلى استعادة الفرد للتكامل مع الجماعة والشعور بالاعتماد المتبادل بين الفرد والجماعة وليس الاستقلال .

***العلاج الجماعي Group Therapy***

لقد أدت معرفة أن البشر كائنات اجتماعية ، وأن مشكلاتهم النفسية مرآة للأبنية الاجتماعية الأوسع والتفاعلات بين الشخصية التي تحدث داخل تلك الأبنية إلى الاهتمام بالعلاج الجماعي .

وفي العلاجات الجماعية يلتقي الأفراد الذين لم يلتقوا من قبل ، ومن خلال ملاحظة العلاقات وطرق التصرف لدى كل فرد في الجماعة يتمكن المعالج من فهم الكثير عن سلوك الشخص في العالم .

ولا يوجد أسلوب وحيد في العلاج الجماعي لأن التوجهات النظرية المتنوعة يمكن أن توجه طريقة إدارة الجماعة كما أن اختيار توجه نظري معين للعلاج الجماعي قد يحدث تحت تأثير هدف علاجي معين سواء كان مساعدة الناس على التكيف مع بيئتهم بشكل أفضل أو إعادة تشكيل ديناميات الشخصية ، أو تغيير سلوك الفرد من خلال ميكانيزمات الضبط الشعورية ، أو تخفيف أعراض معينة وعلى سبيل المثال فإن التحليل التفاعلي الذي طوره بيرن Berne مناسب لهدف تغيير السلوك من خلال اختبار الواقع وتفسير سلوك الفرد كما يحدث هنا والآن

ويزود التحليل التفاعلي الجماعة بنسق نظري معقد به يمكن فهم طبيعة التفاعلات بين الناس .

والعلاج المركز على العميل أو العلاج الجشطلتي الجماعي قد يكونا مفيدين للعملاء الذين يجدون صعوبة في الاتصال بمشاعرهم ومن يحتاجون إلى التعبير عن أنفسهم بشكل صريح وبأمانة ، و قد تكون الأساليب السلوكية والأساليب التعليمية النفسية مفيدة لمن يعانون من مشكلات سلوكية أكثر حدة .

وعلى وجه العموم فإن الجماعات الأسبوعية التي تستمر جلستها حوالي تسعين دقيقة وتتكون من ٨ – ١٠ أفراد تعتبر مناسبة ويعتقد المعالجون أنه كلما كانت الجماعة متباينة من حيث العمر والنوع والمستوى التعليمي والطبقة الاجتماعية كلما كان ذلك أفضل على الرغم من وجود استثناءات في ذلك .

## جماعات المواجهة Encounter Groups

وعلى العكس من الجماعات التي ناقشناها من قبل والتي تهتم بتخفيف بعض المشكلات النفسية الخاصة فإن جماعات المواجهة وتسمى أحياناً بجماعات التدريب Training Groups or T – groups تشير إلى جماعات من الأفراد يجتمعون معاً من أجل زيادة وعيهم الذاتي ونموهم الشخصي ، وهم يركزون على الحاضر وعلى علاقاتهم الشخصية .

## العلاج الأسري Family Therapy

يصعب علينا أن نرفض الفكرة التي مؤداها أن الشخص يمكن فهمه جيداً من خلال سياق وأن الأسرة عامل مهم في تشكيل شخصياتنا وأمراضنا النفسية ويبين الدليل العلمي أن البحث عن الإرشاد والعلاج يأتي من أسر يمكن اعتبارها مضطربة ( كنج و مالينكرود ٢٠٠٠ King & Mallinckrodt )

وتؤثر البيئة الأسرية بوضوح على صحة الأطفال ، وقد تكون الصلة مباشرة كما يحدث عندما يعرض سلوك الوالدين الجنين للعقاقير في رحم الأم ( نيوسبيل وآخرون ١٩٨٩ Neuspiel et al ) وهناك أربع خصائص للبيئة الأسرية يبدو أنها تؤثر في صحة الطفل والمراهق وهي :-

١. نوعية الوالدية parenting وخاصة المظاهر الانفعالية للعلاقة بين الوالدين والطفل .
٢. المناخ الاجتماعي للأسرة وخاصة مقدار الصراع والعنف في المنزل .
٣. الصحة النفسية للوالدين والخصائص السلوكية الأخرى لهما .

٤. الظروف الاقتصادية الاجتماعية للأسرة مثل ما إذا كان الطفل يعيش مع أحد الوالدين أو كليهما ، والمستوى التعليمي للوالدين وغيرها .

وتتضمن خصائص البيئة الأسرية التي تبدو مرتبطة بمشكلات الصحة لدى الأطفال افتقاد الطفل للدفء والدعم الانفعالي من الوالدين ، ووجود قدر مرتفع من الصراع والعنف في الأسرة .

إن أسلوب الوالدية البارد وغير المتجاوب مع الطفل يرتبط مع تأخر نمو الطفل وزيادة معدلات المرض في الطفولة ( برادلي ١٩٩٣ Bradley وجوتمان و كاتز ١٩٨٩ Gottman & Katz ) ولقد ارتبط الشجار والقتال في المنزل بالأعراض السيكوسوماتية مثل الصداع وآلام البطن لدى المراهقين ( ميكانيك و هانسل ١٩٨٩ Mechanic & Hansell )

وحين يتصاعد الصراع والاضطراب الأسري إلى حد سوء المعاملة فإن التأثيرات المباشرة وغير المباشرة على صحة الطفل قد تكون مميتة ؛ فإن الأطفال الذين لهم تاريخ من إساءة المعاملة البدنية والإهمال تكون خطورة الموت لديهم مرتفعة بما فيها القتل والإصابة في حوادث النقل والمرور والجروح غير المقصودة والمرض ( سورنسون و بيترسون ١٩٩٤ Sorenson & Peterson )

كما أن وجود تاريخ من الإساءة الجنسية لدى الطفل يمكن أن يكون له نتائج على صحته تمتد إلى ما بعد ذلك بسنوات مما يؤدي إلى زيادة معدلات المعاناة النفسية والصداع والربو والسكري والتهاب المفاصل والأيدز والمشكلات التناسلية والأعراض الجسمية الأخرى ( براتن ١٩٩٦ Braaten )

وتتضمن العوامل التي تؤدي إلى حدوث الاكتئاب في الطفولة الحياة في منزل يوجد فيه والد وحيد ، وتعطل الوالدين عن العمل ، وضعف الخلفية التعليمية للوالدين (جور وأخرون ١٩٩٢ Gore et al وكاسلو وآخرون ١٩٩٤ Kaslow et al ولوينسون وآخرون ١٩٩٤ Lewinsohn et al )

ويوجد الأطفال الأكثر اكتئاباً في الأسر التي لا يعزز أفرادها بعضهم البعض ولا يشعر أفرادها بالتماسك والتراحم والأسر ذات المستوى المرتفع من الصراع وخاصة الصراع الزواجي ( كاسلو وآخرون ١٩٩٤ و لوينسون وآخرون ١٩٩٤)

وتتضمن خصائص العلاقة بين الوالد والطفل والتي ترتبط بالاكتئاب وجود مستويات منخفضة من الاندماج السلوكي والانفعالي ، ووجود مستويات مرتفعة

من الصراع والعداوة ، وأسلوب الوالدية الذي يتسم بالدكتاتورية والسيطرة والتحكم .

ولقد رأى دافيز وكمنجز ١٩٩٤ Davis & Cummings أن الأطفال الذين يتسمون بالأمن الانفعالي يكونوا أكثر قدرة على تنظيم انفعالاتهم في مواجهة الضغوط ، ومن ثم فإنهم يتغلبون على مشكلاتهم اليومية بشكل أكثر فاعلية .

ووفقاً لنظرية دافيز و كمنجز فإن الشعور بالأمن الانفعالي تهدده الصور التدميرية من الصراع الأسري ، والتي تتضمن العدوان البدني والعلاقة بين الوالد والطفل والتي تتميز بعدم الاستقرار والافتقار إلى الدفء وعدم التجاوب الوالدي وإساءة المعاملة والمرض النفسي للوالدين ( كريتندن ١٩٩٤ Crittenden وكمنجز والشيخ ١٩٩١ Cummings & Elsheikh وزان – واكسلر وآخرون ١٩٨٤ Zahn – Waxler et al )

وتؤثر الخبرات الأسرية في كيفية تعلم الأطفال للتفاوض في المواقف بين الشخصية التي تتضمن الإحباط والغضب ؛ فالأطفال الذين يتسمون بالعنف أكثر ميلاً لأن يعيشوا في أسر ترأسها الأم ، أو آباء يستخدمون الضرب لإحلال النظام ويندر أن يعبروا عن حبهم لأطفالهم(شيلاين وآخرون ١٩٩٤ Sheline et al) ويعزز الصراع بين الوالد والطفل والممارسات الوالدية غير الفعالة حدوث مشكلات في تناول المعلومات الاجتماعية وقصور المهارات الاجتماعية لدى الأطفال وهو أمر يؤدي إلى ضعف التعامل في المدرسة وخاصة مع الأقران ( باترسون وآخرون ١٩٨٩ Patterson et al )

و وفقاً لنموذج الأنساق الأسرية تعتبر كل أسرة نسقاً اجتماعياً فريداً ترتبط فيه جميع العناصر معاً وتعتمد على بعضها البعض ، وتؤثر التغيرات التي تحدث في أحد العناصر في كل العناصر الأخرى الموجودة في النسق .

وكل أسرة تصمم لنفسها أنماطاً للتفاعل والتعبير عن النفس ، والمشكلات النفسية التي تحدث لأي عضو من أعضاء الأسرة يمكن فهمها من خلال ملاحظة نسق الأسرة وديناميات تفاعل أعضائها معاً . وقد دخل نموذج الأنساق الأسرية في صور عديدة من العلاج تساعد الأسرة على إيجاد طرق جديدة أكثر توافقاً للتفاعل .

*المفاهيم الباكرة للعلاج الأسري :-*

على الرغم من أن معالجي الأسرة يعملون بطرق مختلفة حيث يستخدم بعضهم الأسلوب السيكوديناميي ويستخدم بعضهم الأسلوب المعرفي السلوكي ، ويستخدم البعض الآخر الأساليب الإنسانية إلا أنهم يشتركون جميعاً في افتراض أن

الاضطرابات التي تحدث في السياق الاجتماعي والأسري مهمة وتؤثر في سعادة الفرد . وترجع فكرة أن أعضاء الأسرة يمكن أن يساهموا في حدوث المرض النفسي لأحد أفرادها إلى فروم – رايخمان ١٩٤٨ Fromm – Reichmann التي كانت أول من صاغ فكرة الأم الفصامية Schizophrenic mother المسيطرة domineering الباردة عاطفياً cold الرافضة rejecting والباعثة على الشعور بالذنب guilt inducing ولقد رأت فروم - رايخمان أن مثل تلك الأم تدفع أطفالها إلى الفصام .

وهناك فكرة مماثلة قدمها باتسون وزملاؤه ١٩٥٦ Bateson and colleagues وهي نظرية الرباط المزدوج Double – bind Theory في الفصام وقالوا بأنه يحدث نتيجة أن الوالدين يرسلان رسائل لفظية وغير لفظية متعارضة لأطفالهما مثل الوالدان اللذان يخبران أطفالهما بأنهما يحبانهم ولكنهم في نفس الوقت ينظران إليهم باحتقار وامتعاض . والأطفال الذين يخبرون ذلك الرباط المزدوج يكونوا في موقف خاسر ويفقدون الاتصال مع الواقع ولايثقون في إدراكاتهم وينسحبون إلى الداخل كطريقة للتعامل مع الموقف مما ينتج عنه العلامات والأعراض المميزة للفصام .

وهناك آخرون قدموا آراء مماثلة مثل وين وآخرين ١٩٧٧ Wynne , et al ولقد استكشف الطبيب النفسي لانج ١٩٦٦ و ١٩٧٠ R . D. Laing حالات سوء الفهم التي تحدث في التواصلات بين الشخصية لدى الناس واهتم بالسياقات الاجتماعية والأسرية التي يحدث من خلالها المرض النفسي ، ولقد ذكر لانج المثال التالي لتوضيح الفكرة الكامنة وراء العلاج الأسري:-

" لو أحيل لاعب في فريق الهوكي إلى طبيب نفسي لأنه لايلعب بطريقة صحيحة فإن الطبيب لا يفكر فقط في إحضاره إلى مكتبه لأخذ تاريخه الشخصي وتطبيق الرورشاخ عليه ، إنه على الأقل ينبغي أن يذهب كي يرى كيف يلعب فريق الهوكي " ( لانج ١٩٧٦ Laing ص ٢٨ )

وعلى الرغم من أن فكرة أن الأسر والأمهات على وجه الخصوص تتسبب في حالات سيكاترية حادة تتم مناقشتها على نطاق واسع اليوم إلا أن البحوث المعاصرة قد بينت أهمية أنماط التواصل في الأسرة التي تتسم بالتعليقات الناقدة والعدائية مع وجود تعبيرات التورط الزائد وبينت أنها ترتبط بالانتكاس وعودة الأعراض ( فالون وآخرون ١٩٨٤ Falloon , et al )

ويعترف العلاج الأسري بأن أعضاء الأسرة يرتبطون فيما بينهم ، وأن الأعراض المرضية يمكن فهمها بشكل أفضل من حيث علاقتها بالنسق الأسري.

وتؤكد الأساليب الأكثر حداثة من العلاج الأسري على أن حدوث المرض داخل الأسرة يكون ضاغطاً لجميع أفرادها ، وأن زيادة الضغوط تؤدي بدورها إلى إعاقة قدرة الأسرة على التغلب مما يؤدي بدوره إلى انتكاس الفرد المتعافي (فالون وآخرون ١٩٩٣ Falloon , et al )

وسوف نناقش فيما يلي متضمنات ما سبق فيما يتعلق ببعض الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والفصام : -

لقد أكدت نظرية التعلم الاجتماعي على أهمية العلاقات بين الشخصية والمهارات الاجتماعية في نمو الاكتئاب واستمراره ، وتزودنا هذه النظرية بتفسير مثير للاهتمام للطريقة التي يستجيب بها المكتئبون لأحداث الحياة الضاغطة وتأثير تلك الاستجابات على الآخرين الذين يشكلون نسق التدعيم الاجتماعي لهم إن الآخرين يتعاطفون ويهتمون حين يبكي الشخص المكتئب ، أو يتحدث عن خبراته الكئيبة . إن النتيجة الطويلة المدى لهذه العملية تكون سلبية عادة لأن الأصدقاء القليلين الباقين للشخص المكتئب سيتعبون في النهاية من ذلك السلوك ويتجنبون المزيد من التفاعلات الشخصية معه ؛ وبذلك يختفي ما بقي له من مصادر التدعيم الاجتماعي في النهاية .

ولعل أحد العوامل المهمة في نمو الاكتئاب واستمراره افتقار الشخص إلى المهارات الاجتماعية فإن المكتئبين يكونوا غير أكفاء في تفاعلاتهم الاجتماعية مع الآخرين ، ولقد بينت عديد من الدراسات أن الأشخاص المكتئبين يكون لهم تأثير سلبي على الحالة المزاجية للآخرين ، وعلى سلوكهم غير اللفظي ( جوتليب وملتزر ١٩٨٧ Gotlib & Meltzer وهوكانسون وآخرون ١٩٨٩ Hokanson , et al ) كما أن شبكة علاقاتهم الاجتماعية تكون أقل عدداً وأقل تدعيماً من غير المكتئبين ؛ إنهم يعرفون أناساً أقل عدداً ويتفاعلون معهم بشكل أقل تكراراً ، ويعتبرونهم أقل تدعيماً ( جوتليب ولي Gotlib & Lee )

كما تكون التفاعلات الأسرية لدى المكتئبين أكثر ميلاً للتشاجر ( جوتليب وهامن ١٩٩٢ Gotlib & Hammen ) وتتسق هذه النتائج مع افتراض أن السلوك الاجتماعي للناس المكتئبين يكون غير توافقي ، وأن المكتئبين ربما يلعبون دون وعي دوراً فعالاً في عزل أنفسهم عن الآخرين ، وهكذا ينفر المكتئبون مصادر الدعم الاجتماعي .

أما فيما يتعلق بالفصام فهناك فروع من نظرية التحليل النفسي ركزت على دور الأسرة في إحداث الفصام ، ولقد رأى عديد من المعالجين الفرويديين استناداً إلى خبراتهم الكلينيكية أن الفصاميين يتأثرون في طفولتهم تأثراً سلبياً بعلاقتهم الباكرة

مـع أمهـاتهم ، ولقـد روى المرضـى أن أمهـاتهم كـن بـاردات عاطفيـا وشـديدات الحماية ، ومتسلطات لذا فإن الأنا لديهم لم ينمو نمواً كافياً .

وهنـاك بعـض الدراسـات الإمبيريقيـة التـي فحصـت الأسـر الفـصامية وبينـت أن والدي الفصاميين يتصرفون بشكل مختلف عن والدي غير الفصاميين خاصـة فـي وجـود أبنـائهم المـضطربين ، ولكـن *هـل يمكننـا أن نقـرر أن الـسلوك غيـر العـادي للوالدين هو الذي أدى بأبنائهماإلى أن يكونوا فصاميين ؟*

*أليس من المعقول أن يكون سلوك الوالدين استجابة لمشكلات أطفالهما ؟*

لقـد درس بـراون وزمـلاؤه فـي انجلتـرا مرضـى الفـصام وأسـرهم عنـد تـسريح المرضـى من المستشفى ، وقسموا الأسر إلى مجموعتين بنـاءً علـى درجـة التعبيـر عـن الانفعـال قبـل تـسريح المرضـى مـن المستشفى ، وكانـت الأسـر ذات التعبيـر المرتفع عن الانفعال هي الأسر التي كان أحد أفرادها علـى الأقل ينتقد المريض وسلوكه بشدة ، أما الأسر المنخفضة التعبير عن الانفعال فهي الأسر التي لم يعبـر أي من أفرادها عن عداوته للمريض .

وقد تتبع الباحثون المرضى بعد تسريحهم من المستشفى لمدة تسعة أشـهر ، وكـان المتغير التـابع هو نسبة المرضى الذين عادوا إلى المستشفى طلباً لمزيد من العلاج ولقـد كانـت معدلات الانتكـاس أعلـى كثيـراً لـدى المرضـى الـذين عـادوا إلـى أسـر مرتفعـة التعبيـر عـن الانفعـال ؛ ففـي الـشهور التـسعة الأولـى انـتكس ٥١% مـن المرضى الذين عادوا إلى أسر مرتفعة التعبير عن الانفعال في مقابل ١٣% من المرضـى الـذين عـادوا إلـى أسـر منخفـضة التعبيـر عـن الانفعـال . وهنـاك دراسـة تتبعية تمت فـي كاليفورنيا توصلت إلى نفس نمط النتـائج ( فـاون وآخـرون ١٩٨٤ Vaughn , et al )

ولقد أكدت دراسات أخرى عديدة العلاقة التنبؤية القويـة بين التعبيـر عـن الانفعـال وبين معدلات الانتكاس ، وقد بينت أيضاً أن ذلك الأثر لـيس قاصـراً علـى الفـصام فإن المرضـى المكتئبين أيضاً يكونوا ميالين للانتكاس إذا كـانوا يعيشون مـع أسـر مرتفعة التعبير عن انفعالاتها ( هولي وآخرون ١٩٨٦ Hooley , et al )

وتبين الدراسـات أن الأقـارب المرتفعين التعبير عن الانفعال أكثر ميلاً إلـى توجيـه رسـائل سـلبية لفظيـة وغيـر لفظيـة إلـى المرضـى ( هـالويج وآخـرون ١٩٨٩ Hahlweg , et al وهولي ١٩٨٦ Hooley )

ويزودنا المعالجون بمدى من التدخلات العلاجية والتعليمية لمساعدة نسق الأسـرة علـى التغلـب علـى الـضغوط ، ويهـتم المعـالج الأسـري بالعمـل مـع الأسـرة قـدر اهتمامه بالعمل مع العميل ، إنه يحاول فهم العلاقـات بين أفـراد الأسـرة ، ويعامـل

الأسرة بوصفها كائناً حياً ، ويحاول أن يغير نسق الأسرة ، ويهتم المعالج بتحديد أنماط التواصل المشكلة داخل الأسرة وكيف تنشأ حالات سوء الفهم ؟ وما هي الأدوار التي يلعبها كل فرد من أفراد الأسرة ؟ ولماذا ؟

ويعتبر ساتير Satir ١٩٦٤ أحد مؤسسي العلاج الأسري ، وقد طور أسلوباً خبروياً Experiential Approach ( مبني على الخبرة ) يعرف باسم علاج الأسرة الموحد أو المشترك Conjoint Family Therapy فيه يلتقي أفراد الأسرة كلهم معاً ، ويجتذب المعالج الانتباه إلى مشكلات التواصل التي يلاحظها لقد اعتبر ساتير أن الأداء السوي للأسرة يتكون من تواصل صريح وواضح مع وجود قواعد مرنة ومناسبة للتواصل ، أما الأسرة المضطربة فتتسم بتواصل مضطرب ورسائل لفظية غير متناغمة .

وهدف العلاج هو خلق نسق يتسم بالتواصل المباشر والواضح وتهيئة بيئة مناسبة للنمو من خلال الخبرة المشتركة وإحدى الفنيات المستخدمة هي النحت الأسري Family Sculpting وفيها يستخدم كل فرد في الأسرة مواد لنمذجة تمثيل الأسرة تبين رؤيته للعلاقات بين الشخصية ويساعد المعالج الأسرة في فهم معنى النحت ليبين أشكالاً جديدة يمكن للعلاقة أن تتخذها .

وهناك فنية أخرى ترتبط بنموذج الأنساق الأسرية لدى بوين Bowen ١٩٧٨ وهي استخدام الرسم الجيني genogram وفيها يرسم المبحوث خريطة الأسرة لعدة أجيال ويستخدم رموزاً معينة لتمثيل الأفراد وتحديد طبيعة العلاقات بينهم .

***المجمل***

وفقاً للنموذج الاجتماعي الثقافي فإن المرض النفسي يعكس المجتمع الذي تربى فيه الشخص ويعيش فيه ، ويتحدانا ذلك النموذج أن ننظر عبر الثقافات بحثاً عن وجوه الشبه والاختلاف في الخبرة البشرية .

ولقد درس النموذج الاجتماعي الثقافي بعض زملات الأعراض المرتبطة بالثقافة واهتم بكيفية تحسين المجتمع ، ويثير هذا النموذج الشك في وجهة النظر الطبية التي تعتبر المشكلات النفسية نتيجة للاضطرابات الفيزيقية ، ويحذر من أخطار التصنيف السيكياتري ، ويعتبر العلاج نفسه قوة مساعدة على الاضطهاد .

ويركز أسلوب العلاج الاجتماعي الثقافي ليس على الفرد فقط ولكن على العلاقات الاجتماعية والسياق الثقافي .

*تذكـــر ان*

- النظريات المتعلقة بالمرض النفسي تتباين اعتماداً على السياق التاريخي والثقافي ، وقد تم تحديد بعض زملات الأعراض المرتبطة بالثقافة .
- يتضمن نمو المرض النفسي عوامل مثل التعصب العرقي والجنسي وأيضاً الطريقة التي يدرك بها المرض النفسي في جماعات الأقلية .
- اجتذب علماء الاجتماع الانتباه إلى العلاقة بين العوامل الاجتماعية كالفقر والعطالة وبين نمو المرض النفسي .
- هناك منظرون اجتماعيون ثقافيون مثل زاس انتقدوا النموذج الطبي ورأوا أن المرض العقلي هو مفهوم تم ابتكاره للسيطرة على الناس الذين يهدد سلوكهم النظام الاجتماعي وقمعهم .
- هناك منظرون آخرون مثل روزنهان حذروا من أخطار إطلاق التسميات على الناس ووصفهم بأسماء الأمراض النفسية .
- يهتم أصحاب النظريات الاجتماعية الثقافية بتغيير طبيعة المجتمع بدلاً من فكرة تغيير الناس لكي يتناسبوا مع المجتمع بشكل أفضل .

# الفصل السابع

## الممارسة العلاجية المبنية على الدليل العلمي والأساليب التوفيقية والتكاملية
## Evidence-based practice, Eclectic and Integrated Approaches

يزودنا كل من النماذج السبعة السالفة الذكر بمجموعة من الافتراضات تتعلق بالطبيعة البشرية ، ومن الوجهة التاريخية حاول أنصار كل نموذج منها تفسير جميع أنواع المرض النفسي من منظوره .

وفي النصف الأخير من القرن العشرين اهتم علماء النفس بمعرفة النموذج العلاجي الصحيح والأكثر فاعلية وقد نتج عن ذلك بعض الصراعات المريرة بين أنصار أساليب علاجية معينة ، أما الآن فإن معظم العلماء يتقبلون فكرة أن جميع النماذج تقدم لنا شيئاً مفيداً عن الخبرة البشرية .

وفي هذا الفصل نود أن نطرح الفكر الكامن وراء التوفيقية Eclecticism والتكاملية Integrationism وبعض الاتجاهات المعاصرة في الأساليب العلاجيةالمبنية على الدليل العلمي ، والفكرة الأساسية وراءها هي محاولة اكتشاف علاجات معينة لاضطرابات نفسية معينة تؤدي إلى أسلوب علاجي توفيقي يقوم على أساس من النموذج الطبي . ولاشك في أن البحث التجريبي يمكن أن يزودنا ببيانات مهمة عن العلاجات الفعالة ، ومع آية مشكلات تكون مجدية ، وهناك دول كثيرة تأخذ هذا الدليل البحثي بجدية شديدة .

### ما هو العلاج الفعال ؟

لاشك في تباين الانتماءات النظرية لدى المعالجين النفسيين ، ولو أننا ملأنا غرفة بالمرشدين النفسيين وعلماء النفس والمعالجين النفسيين والمحللين النفسيين والأطباء النفسيين لطرحوا الكثير من الآراء التصارعة عن طبيعة المرض النفسي وكيف يمكن علاجه أفضل علاج . ولو تبنينا وجهة النظر الديموقراطية وأن الكلام بحرية هو حق لكل فرد لكان من حق كل شخص أن يمارس مايعتقد فيه ويعلمه طالما أنه لا يضر الآخرين ( بوكورني ١٩٩١ Pokorny )

وقد يجادل البعض في ذلك ولكن في كل الأحوال ينبغي أن يكون اهتمامنا موجهاً نحو العميل والخدمة التي نقدمها له ، وهناك التزام أيضاً نحو دافعي تكاليف العلاج إذ أن من حقهم أن يعلموا أن أموالهم التي يدفعونها تنفق فيما يفيد .
ولقد قدمنا النماذج الرئيسة في علم النفس المرضي والتي تشكل الأساس النظري لمجموعة متنوعة من الممارسات العلاجية ولقد تبين بالفعل وجود أربعمائة مدرسة مختلفة للعلاج النفسي على الأقل ( كاراسو ١٩٩٢ Karasu وكازدن Kazdin ١٩٩٤ )
وإذا أخذنا في الاعتبار أن الناس الذين يقررون الذهاب إلى العلاج ليس لديهم معلومات عن النماذج العلاجية المختلفة فضلاً عن العدد الضخم الموجود من أنواع العلاج النفسي

*هل سيشعرنا ذلك بالقلق؟*
*وهل يشكل فرقاً أن نعرف أي النظريات توجه الممارسة العلاجية ؟*
*وهل يمكن التوفيق بين النماذج العلاجية المختلفة ؟*

وعلى الرغم من عدم وجود إجابات مباشرة على هذه الأسئلة سنعرض لبعض الأعمال التي حاولت أن تتعامل مع هذه القضايا ، ولعل أحد النماذج المعاصرة المؤثرة للعلاج النفسي والواعدة بتقديم إطار مرجعي للتكامل العلاجي المستقبلي هو النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial model .

## النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي

لقد أصبح من المتفق عليه الآن أن هناك مظاهر من الخبرة الإنسانية يفضل النظر إليها من منظور معين ومظاهر أخرى منها يفضل النظر إليها من منظور آخر وأن فهمنا للخبرة البشرية لابد أن يكون قائماً على مستويات مختلفة من الفهم (شنيدر ١٩٩٨ Schneider )
ولقد ظهرت في علم النفس حركة تتجه نحو تبني أسلوب يقوم على الأنظمة العلاجية المختلفة ؛ فإذا عرفنا أن المرض النفسي له أسباب متعددة ( أي اتحاد من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ) يكون التحدي الماثل أمامنا هو أن نحقق التكامل بين ما نعرفه في أسلوب متناغم متماسك لفهم المرض النفسي ألا وهو النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي .
وهكذا بدلاً من النظر إلى الأساليب البيولوجية الحيوية والأساليب النفسية والأساليب الاجتماعية على أنها تفسيرات متنافسة للسلوك الإنساني فإننا نعتبر أنها تقدم لنا فهماً جزئياً للمرض النفسي عند مستوى معين من التحليل ، ومن ثم

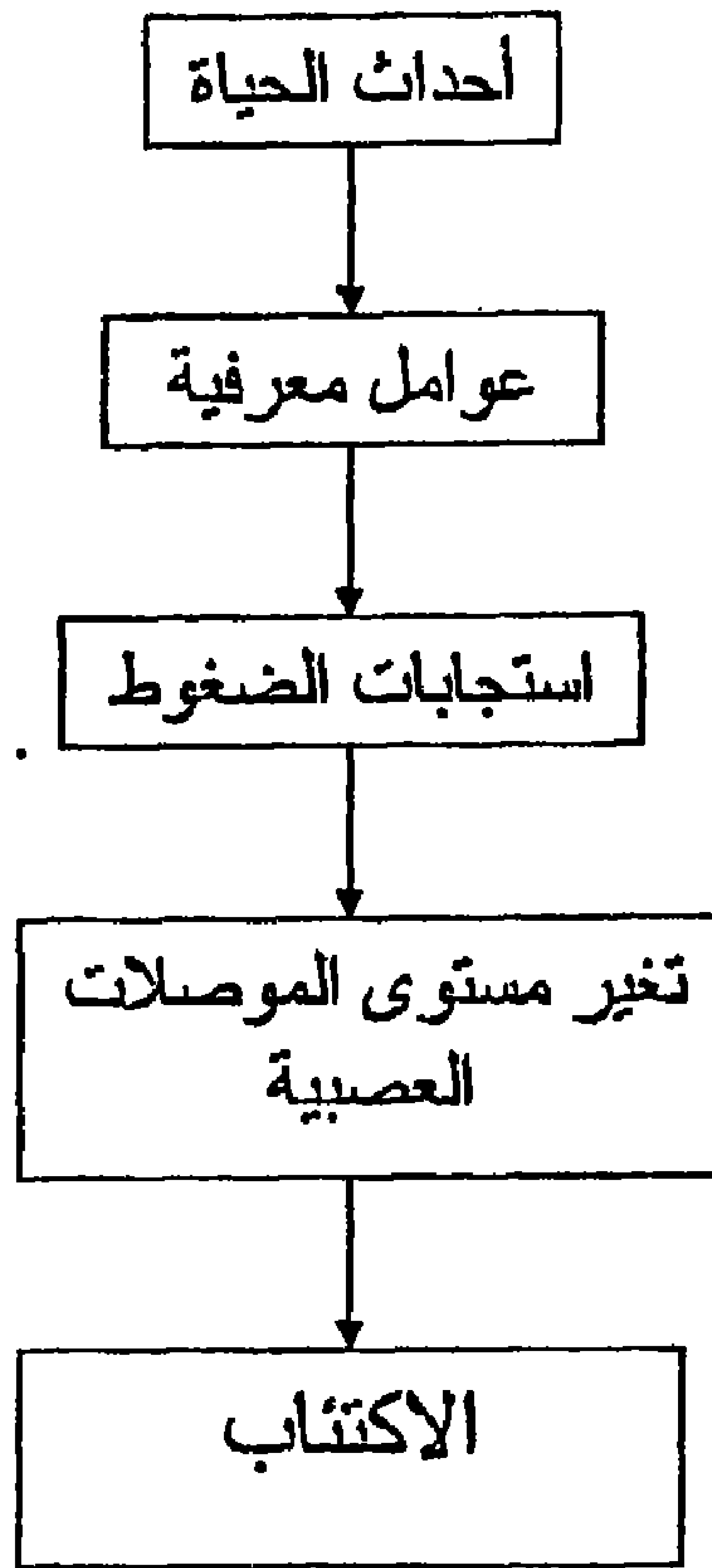
هنـاك مبدأ مركـزي فـي الأسلوب الحيـوي النفسـي الاجتمـاعي وهـو مبـدأ الكليـة holism ( أي فكـرة أن الكـل أكبـر مـن مجمـوع أجزائـه المكونـة ) فـي مقابـل الاختزاليـة reductionism ( أي أن الكـل هـو مجمـوع أجزائـه المكونـة وأن التفسيرات توجد حين تختزل المشكلات إلى أجزائها المكونة ) والحقيقة أن الكثير من ممارسات الطب النفسي اختزالية النظرة حيث تبحث عن الأسباب الحيوية الطبيـة للمـرض النفـسي ( كاشـيوبو وبرنـستون ١٩٩٢ Cacioppo & Bernston ) .

أمـا النظـرة الكليـة فتـرى أن الوحـدات الأصـغر مـن التفـسير هـي أنـساق فرعيـة يضمها نسق أكبر، وأنه لايوجد تفسير واحد يزودنـا بالإجابـة الـصحيحة وأن كل مستويات التفسير صحيحة ولكنها تقدم مستويات مختلفة من التحليل ، وأن الاتجاه البيولـوجي والنفـسي والاجتمـاعي هـي طـرق مختلفـة مـن تحليـل نفـس المـشكلة والتحدي المطروح هو فهم كيف تتفاعل وكيف ينعكس التغير فـي مـستوى منهـا على مستوى آخر ، وعلـى سـبيل المثـال بـين البـاحثون أن البـوح الـذاتي والحـديث عن الأحداث المزعجة يرتبط بحدوث نـشاط أفـضل وأكثـر صـحة لجهـاز المناعـة (بينيبـاكر وآخـرون ١٩٨٨ Pennebaker , et al ) وتحـسن وظيفـة إفـراز الكبد للإنزيمات ( فرانسيس و بينيبـاكر ١٩٩٢ Francis & Pennebaker ) إن التغيرات التي تحدث في مستوى مـا مـن النـسق تعكـسها التغيـرات التـي تحـدث في مستوى آخر منه .

وعلى الرغم من أن النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي يساعدنا فـي فهـم المـرض النفسي إلا أن العلاقة الدقيقة بين العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية فـي حاجـة إلـى التحديد ، وإذا أردنـا صـياغة أسـاليب علاجيـة قائمـة علـى ذلـك النمـوذج فإننـا نحتـاج إلـى معرفـة كيـف تتفاعـل العوامـل المتنوعـة مـع بعـضها لإحـداث المـرض النفسي .

وأحد أمثلة هذا النموذج هو نموذج الاكتئاب الذي دافع عنه دينان ١٩٩٤ و١٩٩٨ Dinan حيث رأى أن هناك رابطة بين الاكتئاب وبين المستويات المنخفضة من الموصـلات العـصبية ( الـسيروتونين و النورأدرينـالين ) وأن انخفـاض مـستويات هذه الموصلات العصبية قد يسبب الاكتئـاب . ولقد قدمنا الدليل من قبل علـى أن أحداث الحياة الضاغطة تسبب الاكتئاب ، فمن ناحية يبدو أن هنـاك سببـاً بيولوجيـاً للاكتئـاب ، ومن ناحية أخرى يبدو أن له سبباً اجتماعياً . وعلـى آيـة حـال فـإن هـذه التفسيرات ليست جامعة مانعة ، ولقد رأى دينـان Dinan أن انخفـاض مـستويات

الموصلات العصبية قد يكون السبب الأقرب زمنياً لحدوث الاكتئاب ، ولكن ذلك الانخفاض سببه أحداث الحياة الضاغطة الأبعد زمنياً كما يبدو من الرسم التالي :-




( دينان ١٩٩٨ Dinan )

ولاتزال الأساليب العلاجية القائمة على هذه الأساليب التكاملية في مهدها والحقيقة أن تحديد العلاقة بين العوامل المتنوعة المسببة للمرض النفسي مشكلة تستدعي الكثير من الاهتمام البحثي ، ولقد تركز الكثير من الاهتمام البحثي على نموذج التهيؤ البدني – الضغوط

***<u>نموذج التهيؤ البدني – الضغوط Diathesis – Stress Model</u>***

ويشير التهيؤ إلى العوامل الجسمية المهيئة للإصابة بالمرض وتشير الضغوط إلى العوامل البيئية ، ولقد تلقى هذا النموذج قدراً كبيراً من الاهتمام فيما يتعلق بالتشخيص السيكياتري للفصام ، ولقد رأى ميهل ١٩٦٢ Meehl على سبيل المثال أنه على الرغم من أن الأفراد ذوي الاستعداد الوراثي فقط هم الذين

يصابون بالفصام إلا أنه ليس كل من لديهم ذلك الاستعداد الوراثي يصابون به حيث يصاب به من يتعرضون لشكل ما من أشكال بيئة التعلم الضارة detrimental learning environment وخبرات الحياة الضاغطة .

والتهيؤ هنا في حالة الفصام هو استعداد وراثي مسبق ، والضغوط هي خبرات الحياة الضاغطة ، أما بالنسبة للمشكلات النفسية الأخرى فقد يكون التهيؤ هو استعداد شخصي خاص ، ويكون الضغط هو حدوث عدوى أو إصابة مثلاً .

والمهم هو أن التهيؤ وحده والضغوط وحدها ليست كافية في حد ذاتها لإحداث المشكلات النفسية ، ولكن حين يتفاعل التهيؤ مع الضغوط تحدث المشكلات ويوحي الدليل البحثي أن هناك عواملاً متعددة تعمل على نشأة المرض النفسي واستمراره ، وعلى أية حال على الرغم من أننا قد نتأمل كيف يتفاعل اتحاد من العوامل الوراثية وخبرات الطفولة وأنماط التفكير والشخصية وأحداث الحياة الضاغطة ... إلخ لإحداث المرض النفسي إلا أن الصعوبة تكمن في إجراء بحوث لاختبار تلك الفكرة .

ولتوضيح ذلك هناك دراسة أجراها كارد ١٩٨٧ Card جمع فيها بيانات من أربعمائة جندي من الجنود الذين كانوا في حرب فييتنام لمعرفة من أصيب منهم باضطراب توتر ما بعد الصدمة ، وقد كان أولئك الجنود أيضاً جزءاً من مسح إحصائي أكبر استمر عشرين عاماً من قبل حين كانوا أطفالاً ، وقد طبق كارد على أفراد العينة مقاييس نفسية متنوعة للشخصية ، وقد تمكن كارد بذلك من دراسة ما إذا كانت الشخصية في الطفولة متحدة مع خبرات الحرب التالية عند البلوغ محدداً لاضطراب توتر ما بعد الصدمة .

ولقد وجد كارد أن ذوي التقدير المنخفض للذات في الطفولة كانوا أكثر ميلاً للإصابة باضطراب توتر ما بعد الصدمة عند البلوغ بعد خبرة القتال مقارنة بذوي التقدير المرتفع للذات في الطفولة . إن مثل هذا البحث بالطبع ليس من السهل إجراؤه لأنه يستغرق الكثير من الوقت والجهد كما أنه مكلف مالياً ، ولهذا السبب فإن أسئلة تبدو بسيطة مظهرياً تظل بلا إجابة .

وعلى سبيل المثال على الرغم من أننا نعرف أن التفكير اللاعقلاني كما ناقشه إليس وبيك يرتبط بالاكتئاب إلا أننا غير متأكدين ما إذا كان التفكير اللاعقلاني يسبب الاكتئاب أم أنه ناتج عنه وكثيراً ما نزعم أن السببية تعمل في اتجاه واحد uni-directional فقط ولكن النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي من خلال توكيده على نظرية الأنساق يؤدي بنا إلى فهم أن السببية مزدوجة الاتجاه bi – directional أي أن التغيرات في أحد المستويات يصاحبها تغييرات في مستوى

آخر ، وللإجابة على مثل تلك الأسئلة فإننا نحتاج إلى جهد بحثي ضخم على عينات كبيرة من المبحوثين ودراسات طولية تمتد على فترات طويلة من الزمن .

## تقييم الممارسة العلاجية القائمة على الدليل العلمي

هناك مصدر من مصادر الخلط في مجال العلاج النفسي يتعلق بالفرق بين النموذج الطبي وبين المنهج العلمي ، والحقيقة أنهما ليسا مترادفين فالنموذج الطبي يتبنى المنهج العلمي ، ولكن المنهج العلمي يمكن تطبيقه على أي أسلوب علاجي مادامت فروضه واضحة وقابلة للاختبار .

ومن الوجهة التاريخية كان من يقومون بإجراء البحوث منتمين إلى الطب النفسي وعلم النفس لهذا تلقى الأسلوب السيكوديناميي والإنساني اهتماما بحثيا أقل ، ولأن الأساليب الطبية والسلوكية تخضع جيداً للبحث العلمي فقد حظيت بشعبية أكبر حيث يميل المعالجون إلى تقديم علاج ثبتت فاعليته ، ومن هنا فإن النموذج الطبي والسلوكي وما يرتبط بهما من أساليب علاجية تلقت بحوثا كثيرة أثبتت فاعليتها في ظروف متنوعة ، ولكن مع اتجاه المرشدين والمعالجين النفسيين إلى إجراء البحوث على نطاق واسع نتوقع أن يتحول الاتجاه وتبدأ الأساليب السيكوديناميية والإنسانية في الوصول إلى قدر أكبر من التدعيم مرة ثانية .

ومن الوجهة التاريخية يوجد العديد من المرشدين والمعالجين النفسيين الذين لا يوافقون على أهمية البحث العلمي التقليدي في مجال العلاج النفسي لذا فإن الممارسة العلمية المبنية على الدليل مهمة لأننا إذا ذهبنا إلى معالج سعياً وراء المساعدة المهنية المتخصصة فإننا نرغب في أن نطمئن إلى فاعلية ما نحصل عليه من فنيات علاجية .

وفي بريطانيا يؤكد المختصون على تحديد أي العلاجات بينت البحوث أنها فعالة ثم حدث ذلك في أمريكا حيث كان التوكيد على الممارسة القائمة على الدليل لفترة من الوقت . وقد قامت الجمعية النفسية الأمريكية بعمل قائمة بالعلاجات التي تبين صدقها إمبيريقيا تمهيداً لإصدار شهادة لعلاجات معينة عن طريق الهيئات الحكومية والمهنية والتأمينية ( إليوت ١٩٩٨ Elliot ص ١١٥ )

ولقد أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA قوائم بالعلاجات التي تدعمها البحوث الإمبيريقية وإرشادات الممارسة بالنسبة لعدد من المشكلات النفسية ( الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA ١٩٩٣ - ١٩٩٤ - ١٩٩٥ - ١٩٩٦ - ١٩٩٧ ) وهناك مزايا واضحة للممارسة العلاجية المبنية على الدليل على الرغم من أن دور المنهج العلمي التقليدي في سياق الإرشاد والعلاج النفسي

له نقاده أيضا كما أن المعلومات المستقاة من التصميمات التجريبية المضبوطة لاختبار الفروق بين العلاجات المختلفة قاصرة على ما يمكنها أن تخبرنا به عن السياق الأوسع لحياة الناس وخبراتهم اليومية ( شنيدر ١٩٩٨ Schneider)
ويرى بعض الباحثين أن بعض العلاجات تخضع بشكل أفضل للبحوث العلمية التقليدية وهي ببساطة أكثر شعبية لدى علماء النفس المتوجهين نحو البحوث العلمية مع وجود معنى ضمني مؤداه أن العلاجات الأخرى أقل صدقاً ، ولكنها في الواقع قد تكون على نفس الكفاءة على الأقل ، أو مفيدة لجماعات معينة من الناس ( بوهارت وآخرون ١٩٩٨ Bohart , et al )

وإذا أخذنا في الاعتبار متطلبات الممارسة العلاجية المبنية على الدليل في بريطانيا فإن العبء يقع الآن على من يرى أن العلاجات السيكودينامية والإنسانية يمكنها إثبات نفسها باستخدام الدليل العلمي التقليدي .

إن مسألة ما إذا كانت هناك علاجات معينة أكثر مناسبة لمشكلات معينة هي مسألة مهمة تشكلت داخل سياق البحث الطبي ، والذي يتم فيه تحديد فاعلية العلاج من خلال التغيرات التي تحدث لدى العميل وفق مؤشرات يحددها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية ، ولقد أصبح ذلك الإجراء طريقة مستقرة في إجراء البحوث في مجال العلاج .

وكما رأينا فإن هناك من ينتقدون الدليل التشخيصي والإحصائي على أساس أنه من غير المناسب أن نعالج المشكلات النفسية كما لو كانت أمراضاً جسمية مثل زاس وسمايل ومارشال الذين أشاروا إلى التأثير الذي تحدثه وصمة التشخيص السيكياتري .

وهناك آخرون مثل جولدفرايد ٢٠٠٠ الذي انزعج من ذلك الأسلوب ، وبالنسبة لعديد من المعالجين الذين يعملون خارج النموذج الطبي فإن فرض معايير DSM يجعل من الصعب عليهم إجراء بحوث على مدى فاعلية علاجاتهم .
بالمثل انتقد ستيفنز و برايس ١٩٩٦ Stevens & Price الدليل التشخيصي والإحصائي ، ولكن هذا لا يعني أن اختبار المرضى وتصنيف أعراضهم النفسية نشاطات تافهة لأن الملاحظة والتمييز والتصنيف هي أنماط طبيعية من التقدم العقلي فهي الوسائل التي تفرض بها قدراتنا المعرفية نظاماً على الفوضى ؛ حيث أننا نحتاج إلى معرفة الظواهر وتمييزها قبل أن نفسرها (ستيفنز وبرايس ١٩٩٦ Stevens & Price ص ٣ )

***كيف يمكننا أن نصنف المشكلات النفسية بطريقة مختلفة يمكن أن تكون أكثر قبولاً لدى من ينتقدون الدليل التشخيصي والإحصائي ؟***

يقترح أيزنك ١٩٨٦ Eysenck أن نؤسس تصنيفنا للمرض النفسي على ما نعرفه عن البنية الأساسية للشخصية الإنسانية وهو ما يمكن أن يؤدي إلى نسق تصنيفي مختلف تماماً عن DSM .

وربما كان السبيل الأكثر فائدة في فهم الطرق المختلفة التي نتفاعل بها مع مشكلات الحياة يأتي من علم النفس التطوري الذي يفترض أن المشكلات النفسية هي مظاهر للاستراتيجيات القديمة للتكيف لدى الفرد والتي لم تعد تكيفية بالضرورة .

ويرى ستيفنز و برايس ١٩٩٦ أن الحاجات البشرية الأولية تنتمي إلى مصدرين اجتماعيين هما الارتباط attachment والرتبة rank ويشير الارتباط إلى روابط الحب والانتماء بين الناس ، وتشير الرتبة إلى المكانة والقوة داخل الجماعة . ويعتقد ستيفنز و برايس أن هذين النسقين البدائيين يزوداننا بأساس لفهم طبيعة المرض النفسي ، وترتبط الصور المختلفة للمرض النفسي بمدى تحقيق الناس لهذين المصدرين الاجتماعيين ، وأن إحباطهما ينتج عنه المرض النفسي ويرى ستيفنز و برايس أن الأسلوب التطوري للمرض النفسي هو تحدي لنسق التصنيف السيكياتري المعاصر .

***العلم الزائف Pseudoscience***

لقد رأينا بالفعل أن من يقومون بإجراء البحوث يميلون إلى أن يكونوا من الأطباء النفسيين وعلماء النفس المهتمين بالنموذج الطبي والنموذج السلوكي المعرفي مما يعني ضمناً أن العلاجات الأخرى غير قابلة لإجراء البحوث عليها إثباتا لفاعليتها .

وفي مقابل ذلك هناك من يرى أن الكثير من البحوث العلمية التقليدية التي أجريت ليست من نوعية جيدة بما يكفي لاتخاذ قرارات بناءً عليها ( أورفورد Orford٢٠٠٠ ) وأن العديد من التوصيات الحالية فيما يتعلق بمدى فاعلية العلاجات المختلفة توصيات غير ناضجة ومبتسرة ( جارفيلد ١٩٩٦ Garfield) وهناك أيضاً شكوك حول مدى تقديم المنهج العلمي لإجابات عن الأسئلة المتعلقة بالخبرة البشرية والمعاناة النفسية ( هنري ١٩٩٨ Henry )

ويرى البعض أن الإرشاد النفسي والعلاج النفسي وعلم النفس هي في الواقع أمثلة على العلوم الزائفة ، فقد كتب ماهرر ١٩٩٨ Mahrer ما يلي :-

" يعتقد معظم العلماء أنه لو كان شيء ما حقيقياً إذن يمكن قياسه ويتفرد المعالجون النفسيون بيقينهم الوهمي أنهم لو استطاعوا تصميم مقياس لشيء ما إذن فهو بالطبع حقيقي ، إنهم متحمسون لعلمهم الزائف ومقتنعون بوجود أشياء مثل الفصام والإيثار altruism والانطواء introversion والمخططات المفاهيمية conceptual schemata والأنا Ego ومئات من الأشياء الأخرى لمجرد أن لديهم آلافاً من المقاييس والاختبارات التي تعرضت لأشد المعايير العلمية دقة . إعط صانعي المقاييس المهمة وسوف يتمكنوا من إثبات وجود الفصام والاستحواز الشيطاني والجن والعفاريت والسحرة والمشعوذين (ماهرر ١٩٩٨ Mahrer )

ويرى ماهرر أنه حتى لو لم يكن الإرشاد والعلاج النفسي وعلم النفس علوماً زائفة فإن نتائج بحوث العلاج النفسي لم تؤد إلى فروق دالة بين العلاجات النفسية على أية حال :-

" إن معظم الأساليب العلاجية التي تسعى إلى أن تكون محترمة لها باحثوها الذين يقومون بدراسات صديقة يهمها صالح الأسلوب العلاجي ؛ فإذا تشكك أحد في علمية العلاج النفسي ضعه في غرفة مليئة بآلاف الدراسات المنشورة ... ويمكن للمعالجين أن يكونوا فخورين بباحثيهم لأن الباحثين لايزعجون الممارسين كثيراً وفي بعض المناسبات يتذمر الباحثون من أن الممارسين لا يهتمون كثيراً بنتائج بحوثهم ، وهم على حق في ذلك . إن ممارسة العلاج النفسي عامة لايزعجها ما يقوم به الباحثون بصفة أساسية كما أنها لن تختلف بشكل دال إذا قضى الباحثون وقتهم في لعب كرة اليد ( ماهرر ١٩٩٨ ص ٢٦ )

ويشترك مع ماهرر في نفس الرأي جولدفرايد ٢٠٠٠ و مورو- برادلي وإليوت ١٩٨٦ Morrow-Bradley & Elliot ومع ذلك تعتبر الممارسة العلاجية القائمة على الدليل هي حجر الزاوية في الممارسة الكلينيكية في بريطانيا ، وهي الموضوع الأساسي في التدريب على الطب النفسي وعلم النفس . وعلى الرغم من أن قضية ما هو الدليل على فاعلية العلاج النفسي موضوع خلافي إلا أن افتتاحية العدد في مجلة الاختصاصي النفسي The Psychologist و هي مجلة الجمعية النفسية البريطانية British Psychological Society تم تخصيصها لهذا الموضوع ، و قد رأى البعض أن المعالجين ينبغي تزويدهم

ببيانات نفسية كمية عن فعالية العلاج استناداً إلى عينات مضبوطة و مختارة عشوائيا ( بيلي و شيفلن ١٩٩٩ Bailey & Shevlin )

و قد رأى آخرون أن العملية العلاجية لا يسهل فهمها باستخدام فنيات البحث العلمي التقليدية حيث يرى دوراهي و ميللر ٢٠٠٠ Dorahy & Miller أن البحث العلمي التقليدي يخبرنا فقط عن متوسط الاستجابات لدى العينات المشاركة في البحث ، و لا يخبرنا كيف سيستجيب شخص معين لديه مشكلة معينة لمعالج معين يستخدم أسلوبا معيناً . وهما يقرران أنه على الرغم من أن المنهج العلمي التقليدي له فوائده و استخداماته إلا أن له قيوداً و حدوداً و ينبغي أن يستخدم معه مناهج بحثية أخرى ذات طبيعة كيفية يمكنها إبراز وجهة النظر الفردية .

وعلى الرغم من ذلك لا يوجد من يقترح أن نهجر المنهج العلمي التقليدي ويرى رو ١٩٩٦ Rowe ما يلي : -

" إن ما أعارضه هو أولئك المعالجين الذين هجروا المنهج العلمي إلى مجالات السحر ، إنهم لم يتعلموا شيئاً من تاريخ الفلسفة و علم النفس و كل ما قدموه لنا هو تفكير غير متقن و فروض تخدم نفسها وفشل في مواجهة الحياة الواقعية . إنهم يعتقدون أنه لو اعتنق عدد من الناس فكرة معينة فلا بد أن تلك الفكرة ترتبط حتماً بشيء حقيقي . وعلى الرغم من أننا لا نستطيع أبداً أن نعرف الواقع الخارجي بشكل مباشر ، إلا أننا لو كنا حكماء لحاولنا أن خلق معاني تعكس الواقع بدقة قدر الإمكان و لخلق تلك المعاني الدقيقة فإننا نحتاج إلى استخدام المنطق و المنهج العلمي . قد يكون من الممتع أن ندخل عالم السحر و نزعم أن لدينا مدخلاً إلى المعرفة والقوة غير المتاحة للناس العاديين ، و لكن أن نقنع أنفسنا أن ذلك أمر حقيقي فهو شيء غبي و رديء " ( رو ١٩٩٦ Rowe )

و يحذرنا رو قائلاً " إن من الغباء أن نعتقد أن المعاني التي نخلقها لها نظير في الواقع ، إننا نكون تلك المعاني كي تساعدنا على الفهم ، و لكنها مجرد أدوات وليست الواقع أيا كان ذلك الواقع ، لقد ثبت أن مفاهيم فرويد عن الهو و الأنا والأنا الأعلى أدوات مفيدة تساعدنا في فهم أنفسنا ، و لكن من يعتقد أننا نمشي وبداخلنا الهو و الأنا و الأنا الأعلى يكون غبياً " ( رو ١٩٩٦ Rowe )

و قد رأى مارشال ( ١٩٩٦ ) Marshall أن الكثير من العلم أصبح مختلطاً بالأيديولوجية و أصبح ضحية للافتراضات التي تخدم نفسها و قد أصبح لدى العديدين شك عميق في المنهج العلمي التقليدي و لكن ينبغي أن نقول إن المنهج العلمي التقليدي يظل مهماً في تحديد كيف يتم علاج الناس في الخدمات الصحية القومية و يبدو أنه سيصبح أكثر أهمية مع تدريب المعالجين على تقديم علاجات

محددة لمشكلات محددة و الآن تتحو أمريكا نحو إعطاء شهادات لعلاجات معينة و في هذا السياق لا بد أن يناضل المرشدون و المعالجون النفسيون لإثبات أنفسهم

**الأساليب العلاجية التوفيقية و التكاملية :**

إن تقديم علاجات نوعية محددة لمشكلات محددة هو أسلوب توفيقي ، و هناك العديد من المعالجين الآن يصفون طريقتهم في العمل على أنها توفيقية ( لازاروس ١٩٨٩ Lazarus و أو سوليفان و دريدن ١٩٩٠ O'sullivan & Dryden و زوك و والتون ١٩٨٩ Zook & Walton )

و تعرف التوفيقية eclecticism بأنها : -

" اختيار الأفضل من مصادر و أساليب و أنظمة متنوعة و استخدام فنيات و نظريات قائمة على أكثر من اتجاه واحد للوفاء باحتياجات الحالة الفردية وهي الاستخدام المنظم لمجموعة متنوعة من التدخلات العلاجية في علاج مريض واحد و الاتجاه الفعلي نحو اختيار مجموعة متنوعة من الإجراءات والتدخلات العلاجية الأوسع لمشكلات معينة . و الخط العام هو أن التوفيقية هي أمر لانظري atheoretical و إجرائي عملي و إمبيريقي " ( نوركروس و جرينكفاج ١٩٩٠ Norcross & Greencavage )

و الفكرة الكامنة وراء التوفيقية هي أنه لا يوجد أسلوب علاجي كفء لجميع المشكلات النفسية لتي قد تبدو لدى المريض ، و اعتماداً على التراث البحثي فإن علماء النفس و الأطباء النفسين مدربون لتقديم العلاجات التي اتضح أنها فعالة مع مشكلات معينة ، و هناك عدد من البرامج العلاجية المعرفية و السلوكية تم تناولها و تجهيزها للاستخدام مع عديد من الاضطرابات السيكياترية المذكورة في الدليل التشخيصي والإحصائي ( D S M ) .

و على أية حال هناك بعض القلق من أن العديد من المعالجين النفسيين الذين يصفون أنفسهم بأنهم توفيقيون يعملون بشكل غير محدد البناء و يستخدمون خليطاً من الأساليب بطريقة غير متناغمة نظرياً . إن التوفيقية غير نظرية نسبياً على الرغم من أنها قد تكون مناسبة في بعض السياقات كما أن العمل مع العميل بهذه الطريقة قد يكون مربكاً له إلى حد كبير .

" إذا لم يكن المعالج خبيراً و ابتكارياً بما يكفي لصهر الأساليب و الافتراضات المختلفة في جماع جديد و متسق قد تكون النتيجة باعثة على الارتباك إلى حد كبير لأن العملاء تصل إليهم رسالة مضمونها أن الحياة مربكة و أن المعالج ليس لديه خطة في العلاج " ( دورزن و سميث ١٩٨٨ Deurzen – Smith )

و قد رأى جانوف Janov ١٩٨٢ أن دمج نماذج نظرية بديلة و غير متناغمة يخلق أزمة داخل الإرشاد و العلاج النفسيين (جانوف ١٩٨٢ Janov ) لذا رأى البعض أن المعالجين و المرشدين الذين يعملون بالأسلوب التوفيقي ينبغي لهم أن يستخدموا كل أسلوب منفصلاً عن الآخر و بتتابع مخطط له لتجنب الارتباك ( ميسر ١٩٨٦ Messer ) و لعمل ذلك يتطلب الأمر وجود نموذج متناغم نظرياً و هناك العديد من تلك النماذج الآن و على سبيل المثال نقدم نموذج مراحل التغير Stages of Change Model الذي قدمه بروشاسكا و دي كليمنت Prochaska & Diclemente ١٩٨٤ و الذي يقدم لنا ذلك التناغم التماسك النظري .

## *مراحل التغير Stages of Change*

من المهم أن نعرف الاستبصارات التي تقدمها لنا العلاجات الموجودة و نواحي قصورها أيضاً ومن هنا بذلت بعض المحاولات لتقديم أسلوب توفيقي قائم على أساس نظري توفيقي .

و قد افترض بروشاسكا و دي كليمنت أن التغير النفسي يتكون من سلسلة من المراحل المتنوعة تبدأ من مرحلة لا يكون فيها لدى الفرد آية نية في التغير مروراً بمراحل فيها يتأمل الشخص في التغير و يفكر فيه ثم مرحلة فيها يتهيأ الفرد و يستعد للتغير ، ثم مرحلة يقوم فيها الفرد بالتغير بالفعل حتى مرحلة يحافظ فيها على التغير (بروشاسكا و دي كليمنت ١٩٨٣ و ١٩٨٤ ( Prochaska & Di clemente

وتتطلب كل مرحلة من هذه المراحل من المريض أو العميل عمليات مختلفة ويشير بروشاسكا و نوركروس Prochaska & Norcross ١٩٩٩ إلى أن موقف المعالج عند كل مرحلة مختلفة يمكن أن يتميز بالآتي :-

- مع المرضى في مرحلة ما قبل التأمل والتفكير يكون دور المعالج مثل دور الأب الراعي الذي يتعامل مع يافع يتسم بالمقاومة والدفاع كما أنه منسحب ومنزعج من احتمالات أن يصبح أكثر استقلالاً.
- ومع المرضى في مرحلة التأمل والتفكير يقترب دور المعالج من دور المعلم السقراطي الذي يشجع العميل على تحقيق الاستبصار بحالته .
- ومع المرضى في مرحلة التهيؤ والاستعداد يكون موقف المعالج شبيهاً بدور المدرب الخبير الذي يوشك على دخول مباراة حاسمة ويقدم خطة لعب جيدة أو برنامج للعميل .

- ومع العملاء في مرحلة التغير والاستمرار فيه والحفاظ عليه يصبح المعالج مستشاراً مستعداً لتقديم نصيحة خبيرة ، ويدعم العميل حين لا يتقدم التغير بشكل سلس كما هو متوقع ( بروشاسكا و نوركروس ١٩٩٩ Prochaska & Norcross ص ٥١٠ )

ويقدم بروشاسكا و نوركروس ١٩٩٩ خمسة مراحل لحدوث التغير في السلوك وهي :-

١. مرحلة ما قبل التأمل والتفكير Precontemplation .
٢. مرحلة التأمل والتفكير Contemplation .
٣. مرحلة التهيؤ والاستعداد Preparation .
٤. مرحلة الفعل Action .
٥. مرحلة صيانة التغيير والحفاظ عليه Maintenance .

ويبين لنا ذلك النموذج كيف يمكن للتوجهات العلاجية المختلفة أن تكون مفيدة في المراحل المختلفة للعلاج ، وعلى سبيل المثال قد يكون الأسلوب السيكوديناميي مفيداً في مرحلة ما قبل التفكير في التغير لمساعدة العميل في أن يصبح أكثر وعياً بحاجته إلى التغير ، وحين يتحول العميل إلى مرحلة التأمل والتفكير يمكن استخدام الأسلوب المركز على العميل لمساعدته على التفكير في التغيرات التي يود إجراءها . وفي مرحلة التهيؤ والاستعداد يستخدم المعالج الأسلوب المعرفي لمساعدة العميل على أن يفكر في كيفية التغيير ، وحين يتحرك العميل إلى مرحلة الفعل يستخدم الأسلوب السلوكي لإجراء التغييرات المطلوبة .
ويبدو أنه من خلال فهم حاجات العميل عند كل مرحلة من مراحل عملية التغيير يستطيع المعالج أن يقدم التدخل العلاجي المناسب ، وهناك منظرون آخرون قدموا نماذج تبين كيف يمكن إدخال العلاجات المختلفة في نموذج علاجي توفيقي لعل أشهرهم إيجان ١٩٨٢ Egan و ستلز وزملاؤه Stiles and Colleagues .

***مراحل إيجان Egan's Stages :-***

لقد رأى إيجان أن العلاج يمكن أن ينقسم إلى ثلاث مراحل هي :-

١. الاستكشاف Exploration .
٢. التفسير Interpretation .
٣. الفعل Action .

- وفي مرحلة الاستكشاف يكون العلاج المركز على العميل أكثر فائدة حيث يبني المعالج علاقة مع العميل ويحاول فهم خبرته وهدفه من العلاج .
- وفي مرحلة التفسير يحاول المعالج أن يقوم بصياغة المشكلة ، وهنا يمكن للأسلوب السيكوديناميي والأسلوب المعرفي أن يكونا مفيدين .
- وفي مرحلة الفعل يمكن استخدام الاستراتيجيات السلوكية مثل الواجبات المنزلية و واجبات العمل .

## ***Assimilation of problematic experiences*** ***استيعاب الخبرات المشكلة***

لقد اقترح ستلس وزملاؤه ١٩٩٠ Stiles and colleagues ثمان مراحل للاستيعاب الانفعالي كما يلي :-

- *المرحلة ( صفر )* :- فيها يتفادى العميل الخبرات المشكلة ولا يكون واعياً بعدم الارتياح الوجداني .
- *المرحلة ( ١ )* :- من خلال العلاج تبدأ الأفكار والمشاعر غير المرغوبة في دخول الوعي .
- *المرحلة ( ٢ )* :- يتزاوج الاعتراف بالخبرات المشكلة مع عدم القدرة على صياغة المشكلة بوضوح .
- *المرحلة ( ٣ )* :- صياغة المشكلة صياغة واضحة صريحة .
- *المرحلة ( ٤ )* :- الفهم والاستبصار .
- *المرحلة ( ٥ )* :- العمل على حل المشكلة .
- *المرحلة ( ٦ )* :- الحل الناجح للمشكلة .
- *المرحلة ( ٧ )* :- تعميم الحل على مجالات مشكلة أخرى .

ومثلما هو الحال مع نموذج مراحل التغير ونموذج إيجان رأى البعض أن استخدام الأساليب السيكودينامية والإنسانية قد يكون مفيداً في المراحل الباكرة وأن استخدام الفنيات المعرفية والسلوكية قد يكون مفيداً في المراحل الأخيرة من العلاج ( ستلز وآخرون ١٩٩٢ Stiles , et al )
إن نماذج علاجية مثل هذه تقدم بعض الإجابات للمعالجين الذين يساورهم القلق من أن الأسلوب التوفيقي في العلاج يمكن أن يكون مربكاً للعميل ، ويرى البعض كما قلنا من قبل ان التدخلات العلاجية ينبغي أن تكون مبنية على وجود دليل

علمي يؤكد ما هي العلاجات المفيدة ، وفي أي المشكلات تفيد ، ولنا أن نتذكر التجربة الافتراضية التي تضمنت علاج مجموعة من الناس المكتئبين بعقار جديد للاكتئاب ، ومجموعة أخرى من المكتئبين تم إعطاؤهم عقاراً زائفاً ، وبعد ذلك بفترة مناسبة تمت مقارنة المجموعتين في درجة الاكتئاب ، فوجد الباحثون أن المجموعة التي تناولت العقار الجديد قد تناقصت درجة الاكتئاب لديها بالمقارنة بالمجموعة التي تناولت العقار الزائف . وقد استدل الباحثون من ذلك أن العقار الجديد يخفف في المتوسط من درجة الاكتئاب .

وعلى الرغم من أن هذه التجربة مثال على البحث التجريبي البسيط ؛ إلا أننا من خلالها نستطيع أن نعرف ما إذا كان العلاج مفيدا وفعالاً في علاج الاكتئاب، ومن المعرفة المتوفرة من تلك التجارب يمكن تدريب المعالجين لتقديم المساعدة العلاجية التي يعرفون أنها أنسب لمشكلة العميل .

ولكن هناك من ينتقدون الدليل العلمي مثل أورفورد ٢٠٠٠ Orford وبوزارث Bozarth ١٩٩٨ الذين يريان أن استخدام الدليل كأساس لعلاجات معينة هو خرافة نستخدمها لدعم ما نعتقده ، كما أن البحث العلمي لايخبرنا بما إذا كان التدخل العلاجي يجدي مع كل الناس طول الوقت ، ولو أن مجموعة صغيرة من المرضى الذين تناولوا العلاج ساءت حالتهم بسببه فإننا لا نعرف ذلك بالضرورة وهذا أمر مهم فهناك احتمال أن تكون العلاجات خطيرة ، وأن تضخم مشكلات المريض وتجعلها تتفاقم ( بالمر ١٩٩٩ Palmer )

إن البحوث لا تبين لنا على آية حال تحت آية ظروف يمكن أن تكون العلاجات خطيرة لأنها تهتم بصفة أساسية بما إذا كان الناس يتحسنون في المتوسط أو لا يتحسنون ، وحين نقابل شخصاً لديه شكوى لانعرف ما هو أفضل شيء ننصحه به ؛ إذ أنه على الرغم من أن الدليل البحثي قد يذكر أن من يعانون من مشكلة معينة يستفيدون من علاج معين ويتحسنون في المتوسط إلا أن ذلك لايتضمن بالضرورة أن شخصاً بعينه سيستفيد من العلاج .

***العوامل العامة الشائعة***

على العكس من النموذج الطبي في العلاج النفسي نجد أن المعالج المركز على العميل يعمل استناداً إلى افتراض أن العميل هو الذي يعرف بشكل أفضل ما يحتاج إلى فعله وليس المعالج على الرغم من اختلاف مقدار عدم التوجيه non-directivity من معالج إلى آخر . ويتفق بوزارث Bozarth وهو نصير شهير للأسلوب المركز على العميل مع ما قاله روجرز Rogers :-

" إنني لو رأيت أنني أعرف ما قد يساعد العميل لأخبرته ، ولكن حيث أنني نادراً ما أعتقد أنني أعرف أفضل الاتجاهات لشخص آخر يندر أن أحاول تقديم هذه النصيحة " ( بوزارت Bozarth ١٩٧٧ ص ٢٣ )

ويعتبر الأسلوب المركز على الشخص أسلوب راديكالي في تمسكه بهذه النظرة لذا ومن هذا الموقف الفلسفي الكامن يعمل المعالج مع كل العملاء بنفس الطريقة ويحاول أن يتمسك بالاحترام الإيجابي غير المشروط للعميل ، وأن يكون متسقاً متناغماً في العلاقة ، وأن يتواصل مع العميل بتعاطف وتلاحم بغض النظر عن مشكلته الحالية . وعلى الرغم من أن البعض يرى هذا الأسلوب العلاجي أسلوباً سطحياً ؛ إلا أن القليل هم الذين ينكرون أهمية هذه الصفات الاتجاهية لدى المعالج وفائدتها في تكوين علاقة قوية تساعد على العمل بين المعالج وعميله .

ولقد رأى روجرز ١٩٥٧ بالفعل أن هذه الصفات الاتجاهية مكونات عامة في كل العلاجات الناجحة بغض النظر عن الأسلوب الذي يتبناه المعالج ، وتبين الدراسات الإمبيريقية أن التعاطف والتلاحم مع العميل هي صفات مهمة في التنبؤ بنتيجة العلاج ( بيرنز و نولن- هوكسيما ١٩٩٢ Burns & Nolen-Hoeksema )

***العوامل العامة في علاج التحصين المنهجي لحركة العين وإعادة التشغيل***

***Common factors in Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (E M D R):-***

يرى أنصار العلاج المركز على العميل أن العلاجات الأخرى فعالة ليس بسبب ما يفعله المعالج أو يقوله ، ولكن بسبب العلاقة العلاجية والتحالف الذي ينشأ بين المعالج والعميل . وهناك مثال مثير للاهتمام هو علاج التحصين المنهجي لحركة العين وإعادة التشغيل ، وهو علاج جديد نسبياً قدمته شابيرو Shapiro ١٩٨٩ أ ١٩٨٩ ب ، ١٩٩٥ حيث لاحظت أن أفكارها المزعجة المتطفلة بدأت تتضاءل حين كانت تسير بسرعة خارج منزلها وقد ربطت ذلك بالحركات السريعة لعينيها وقد قامت شابيرو بمزيد من البحوث

وطورت إجراء E M D R وهو يتضمن أن يكون العميل صورة بصرية في ذهنه للحدث المزعج له ثم يعزل كلمة أو عبارة تمثل ما يعتقده في تلك الصورة البصرية مثل " أنا عاجز " أو " أنا لا أستطيع السيطرة " ويكرر العميل هذه العبارة أثناء قيامه بحركات ثنائية بعينيه تستحثها متابعة أصابع المعالج التي تتحرك بسرعة للأمام والخلف عبر مجاله البصري . وبعد ذلك يستبدل العميل

العبارات السلبية للمعتقد ويحل محلها عبارات إيجابية مثل " أنا أسيطر على الموقف " أو " أنا أستحق الاحترام ولي قيمة " وبعد تكرار ذلك عشرين مرة أو نحوها يطلب المعالج من العميل أن يستريح .

وتدل دراسات الحالة التي أجريت على المرضى الذين تم التعامل معهم بهذه الطريقة أن معاناتهم تنخفض ، وأن قوة الصور الذهنية المزعجة تضعف ، وقد افترض الباحثون ان حركات العين ترتبط بالطريقة التي يتم من خلالها اندماج المعلومات وتعزيزها في المخ ( ليفين وآخرون ١٩٩٩ Levin , et al ) وأن هذا العلاج ينشط لدى العميل عملية مماثلة للعملية التي تحدث أثناء نوم حركات العين السريعة حيث اعتقد الباحثون أن المعلومات يتم تشغيلها ودمجها في المخ .

وقد يكون الأمر كذلك وقد كانت التقارير التي وردت عن العلاج مشجعة عامة ويوحي الدليل المعاصر أن هذا النوع من العلاج فعال ، ويوصى به الآن لمن يعانون من اضطراب توتر ما بعد الصدمة ( شامبلس وآخرون ١٩٩٨ Chambless , et al وشيمتوب وآخرون ٢٠٠٠ Chemtob وفان إيتن وتايلور ١٩٩٨ Van Etten & Taylor وفوغان وآخرون ١٩٩٤ ( Vaughan , et al

وعلى آية حال يظل الدور الدقيق لحركات العين هو مركز البحث ( رينفري وسباتس ١٩٩٤ Renfrey & Spates ) ولكن ليس من المؤكد لماذا يعمل العلاج ( دايك ١٩٩٣ Dyck ) ، ولقد رأى هاير و براندسما Hyer & Brandsma ١٩٩٧ أن ذلك العلاج فعال ليس لأنه يستحث حركات العين وإنما لأنه يطبق المباديء الشائعة والمقبولة في العلاج النفسي ؛ إنه ربما يعمل لأنه يستند على مبدأ أن يتحرك العميل نحو النمو الإيجابي ، وعلى الرغم من انه علاج توجيهي يوجه العميل نحو العملية التي يقوم بها ، إلا أنه علاج غير توجيهي فيما يتعلق بالمضمون فهو يسمح للعميل بأن يتبع اتجاهه هو وليس اتجاه المعالج .

وما يتضح من ذلك هو أنه على الرغم من أن العلاجات المختلفة تبدو من حيث المظهر مختلفة تماماً إلا أن الفروق بينها ربما كانت فروقاً سطحية ، وربما كانت هناك عمليات مماثلة تحدث في جميع العلاجات النفسية .

ويظل أمامنا أن نرى ما إذا كانت شابيرو قد قدمت في الواقع شيئاً جديداً أم أن ما فعلته كان مجرد إعادة تنظيم للفنيات الموجودة بالفعل ، وعلى آية حال لو كان التشغيل السريع للمعلومات يرتبط بحركات العين ربما كان علاج التحصين

المنهجي لحركة العين وإعادة التشغيل واحداً من أهم الاكتشافات العلاجية على مر العصور .

ويثور الجدل حول العامل العام في العلاج بين أنصار نظرية العلاج المركز على الشخص وبين أنصار الأساليب العلاجية الأخرى ، حيث قد يرى أنصار الأسلوب السيكوديناميي أن العلاج المركز على الشخص يجدي نفعاً لأن المعالج يقدم للعميل دون قصد الإستبصار insight والتوضيح clarification . وقد يرى أنصار الأسلوب المعرفي السلوكي أن العلاج المركز على الشخص ينجح لأنه يقدم دون قصد خبرة تعلم تصحيحية corrective learning experience أو أنه يحصن العميل ضد الخبرات المخيفة .

وما نعنيه من كل ذلك هو أنه على الرغم من وجود دليل بحثي على فاعلية العلاجات النفسية المختلفة إلا أنه من غير الواضح لماذا ينجح أسلوب علاجي معين ولا ينبغي لنا أن نقرر بالضرورة أن العلاج لو نجح فلا بد أنه بالضرورة يخبرنا عن سبب مشكلة العميل ، وتلك هي مغالطة العلاج – السببية treatment – aetiology Fallacy التي ذكرناها من قبل .

وبالإضافة إلى ذلك فإنه على الرغم من أن الدليل البحثي يوحي أن بعض الأساليب العلاجية قد تكون مناسبة أكثر من أساليب أخرى في علاج أنواع معينة من المرض النفسي إلا أنه لا يوجد علاج يبدو متفوقاً على علاج آخر في الفاعلية على الإطلاق ، وقد كان ذلك هو الاستنتاج الذي توصل إليه سميث وجلاس ١٩٧٧ حين فحصا نتائج ٣٧٥ دراسة أجريت على نتائج العلاجات النفسية المختلفة باستخدام أسلوب التحليل البعدي meta – analysis وقررا أن كل صور العلاج النفسي ( الإنساني – المعرفي – السلوكي – المعرفي السلوكي – السيكوديناميي ) فعالة بنفس الدرجة .

وهناك دراسة أخرى أجراها شابيرو وشابيرو ١٩٨٢ حاولا فيها تحسين تصميم سميث و جلاس ١٩٧٧ وذلك بدراسة البحوث ذات العلاجات المحددة والتي تتضمن وجود مجموعات ضابطة ، ولكنهما في النهاية توصلا إلى نتائج مماثلة لنتائج سميث و جلاس .

وعلى الرغم من تشكيك بعض الباحثين في هذا الاستنتاج مثل ( بريولو وآخرون ١٩٨٣ Prioleau , et al ) إلا أن البحوث التالية قد أكدت وجود تعادل عام بين العلاجات التي تنتمي إلى المدارس النظرية المختلفة (ستلس وآخرون ١٩٨٦ Stiles , et al )

ومن المقبول الآن على وجه العموم أنه لا يوجد علاج أفضل من الآخر من حيث الفاعلية ( لامبرت وبيرجن ١٩٩٤ Lambert & Bergin ) وذلك على الرغم من أن أداء الناس يكون أفضل في العلاجات الطويلة الأمد عنه في العلاجات الأقصر مدة ( سيلجمان ١٩٩٥ Seligman ) وتدعم هذه البيانات فكرة أن جميع العلاجات تفعل نفس الشيء بصفة أساسية وأن الفاعلية العلاجية تحدث نتيجة عوامل شائعة وعامة في كل العلاجات ، ويرى بعض الباحثين أن هناك عمليات عامة متماثلة تحدث في جميع العلاجات النفسية بغض النظر عما يزعم أنصار كل علاج من وجود مكونات خاصة به .

ولقد رأى جيروم فرانك ١٩٦١ ، ١٩٧١ Jerome Frank أن التغير العلاجي يحدث من خلال العوامل الشائعة غير النوعية في جميع العلاجات وأول تلك العوامل هو وجود علاقة ثقة confiding مركزة intense مشحونة وجدانياً emotionally charged مع شخص يساعد العميل أو المريض .

## ***Therapeutic Relationship العلاقة العلاجية***

يتفق معظم الناس الآن على أن أول العوامل الشائعة المهمة في العلاجات النفسية هو وجود علاقة علاجية ( جرنكافاج ونوركروس ١٩٩٠ Grencavage & Norcross ) وقد رأى الكثير من الباحثين أن التغير الإيجابي يمكن إرجاعه إلى التأثيرات الشافية لوجود علاقة إنسانية حميدة ( روسل ١٩٩٥ Russell ) وتدعم نتائج البحوث بكل تأكيد فكرة أن العلاقة بين العميل والمعالج والتحالف العلاجي أمر مهم ( هورفاث ولوبورسكي ١٩٩٣ Horvath & Luborsky وهورفاث وسيموندس ١٩٩١ Horvath & Symonds وكروبنيك وآخرون Krupnick , et al١٩٩٦ و لامبرت ١٩٩٢ Lambert )

وعلى الرغم من أن العلاقة العلاجية تبدو أحد الشروط المهمة في التغير العلاجي إلا أن المكونات العامة له أمر خلافي ، ويعتقد الباحثون أن التحالف العلاجي يشكل تعاوناً واتحاداً للأهداف والمهام العلاجية ، وعلى الرغم من أهمية التحالف العلاجي إلا أنه قد لا يكون كافياً لإحداث التغير العلاجي المرغوب .

ولقد حدد فرانك Frank ١٩٦١ ، ١٩٧١ خمسة عوامل أخرى غير محددة وغير نوعية في التغير العلاجي وهي :-

١. تقديم أساس منطقي يفسر معاناة العميل ويقوي ثقته في المعالج .
٢. تقديم معلومات جديدة فيما يتعلق بطبيعة مشكلات العميل ومصادرها والبدائل الممكنة لتناول المشكلات .

٣. تقوية توقعات العميل من العلاج من خلال الصفات الشخصية للمعالج .
٤. تقديم خبرة ناجحة تقوي أمل العميل في الشفاء وتزيد من شعوره بالسيطرة والكفاءة بين الشخصية .
٥. تيسير الاستثارة الانفعالية .

وهناك باحثون آخرون حاولوا تحديد العوامل الشائعة في العلاجات النفسية فاقترحوا ما يزيد على ثمانين عامل مشترك ( جرينكافاج ونوركروس ١٩٩٠ ) ولعل أحد العوامل العامة الأكثر وروداً التوقعات الإيجابية وهي تعني أن العملاء الذين يتوقعوا أن يتحسنوا من خلال العلاج يكونوا أكثر ميلاً للتحسن .
ولكن على الرغم من أهمية التوقعات الإيجابية إلا أن البحوث العلمية لم تؤد إلى الاعتقاد بأن التغير النفسي يحدث نتيجة للتوقعات الإيجابية فقط ولا شيء غيرها (روبرتس وآخرون ١٩٩٣ Roberts , et al )
ولا يهمنا هنا أن نتناول بتفصيل كبير كل العوامل الشائعة التي ذكرها التراث ولكن هناك مجال عام للاهتمام في السنوات الحديثة كيف يكون العميل من خلال العلاج معاني جديدة .

## *تكوين المعنى* Construction of Meaning

تتضمن كل صور الإرشاد والعلاج النفسي مستوى ما من البوح الذاتي أو الإفصاح عن الذات self – disclosure .
ولكن ***هل الحديث عن الخبرات المؤلمة هو العلاج ؟***
لقد أجرى علماء النفس الاجتماعيين بحوثاً مهة عن المزايا الصحية للبوح الذاتي وهناك قدر كبير من الدليل العلمي يبين أن الحديث عن الأحداث المزعجة يرتبط بحدوث توافق أفضل ، وعلى سبيل المثال وجد بينيباكر و أوهيرون ١٩٨٤ Pennebaker & O'Hearon أن الأزواج الذين كانوا في حالة حداد بعد وفاة الزوج نتيجة حادثة أو انتحار وتحدثوا مع أصدقائهم عن الموت كان معدل المرض لديهم أقل من معدله لدى من لم يتحدثوا مع أصدقائهم عنه . والأكثر إثارة للدهشة هو أن الدليل البحثي يوحي بأن الكتابة عن الأحداث الصادمة يرتبط بالأداء الأفضل حتى ولو لم يكن سيقرأ تلك الكتابات أحد .
ولقد طلب بينيباكر وبيل ١٩٨٦ Pennebaker & Beall من مجموعة من الطلاب أن يكتبوا عن موضوع تافه أو حدث شخصي مزعج لعدة أيام متوالية ثم قاما بمقارنة هذه المجموعة مع مجموعة ضابطة لم يكتبوا فيما يتعلق بعدد الزيارات التي قام بها أفراد المجموعتين لمركز الصحة في الشهور التالية وقد

وجد الباحثان أن الذين كتبوا عن الأحداث المزعجة كانت زياراتهم لمركز الصحة أقل .

وبحث بينيباكر وبيل الذي درس التعبير عن المادة الانفعالية له تاريخ طويل يرجع إلى الإغريق الذين اعتقدوا أن التفريغ أو ابتطهير الانفعالي catharsis وسيلة مهمة لتخفيف المعاناة النفسية ، والفكرة هنا هي أن التوترات الانفعالية تتراكم في الداخل ولابد من إطلاقها على نحو ما ، وإلا زاد الضغط الناجم عنها ونتجت عنه شكاوى جسمية .

وحديثاً مال المنظرون إلى النظر إلى البوح الذاتي من خلال النماذج النظرية لتشغيل المعلومات ، وكيف يصل الفرد من خلاله إلى معاني جديدة.

وفي مراجعة للبحوث أجراها بينيباكر وزملاؤه ١٩٩٣ قرروا أن المهم في العلاج ليس أن يكون الشخص قادراً على التعبير عن انفعالاته السلبية فقط ولكن أن يكون قادراً على بناء قصة متماسكة أيضاً ؛ أي أنه ليس مجرد التعبير الذاتي عن الانفعال في حد ذاته هو لمهم ، ولكن أن يتضمن التعبير نوعاً من العمل المعرفي وقد وافق على ذلك معالجون ينتمون إلى اتجاهات علاجية أخرى ( بوهارت Bohart١٩٨٠ ونيكولز و إفران Nicols & Efran١٩٨٥ )

ولقد كتب بروين و باور ١٩٩٧ Brewin & Power :-

" تشترك جميع العلاجات النفسية في الالتزام بتحويل المعاني التي ألصقها العميل بأعراضه وعلاقاته الاجتماعية ومشكلات حياته ، وهذا الهدف العام في اعتقادنا يصبح غامضاً من خلال استخدام الاصطلاحات المختلفة والتصورات النظرية المختلفة للمعنى والميل إلى التركيز على ما يفرق بين العلاجات بدلاً من التركيز على ما يوحدها ( بروين وباور ١٩٩٧ Brewin & Power ص ١ )

## ***الأساليب التكاملية Integrative Approaches***

ومن خلال التركيز على هذا الهدف العام تمكن بروين وباور من التقدم خطوة مهمة نحو فهم كيفية حدوث التكامل بين العلاجات المختلفة سواء كان العلاج والإرشاد يتضمن تأويل translation المعنى أو تحويله transformation من خلال تغيير طريقة تفكير العميل في علاقاته بالآخرين أو الاهتمامات اليومية أو التغيير على مستوى وجودي أكثر عمقاً . إن تعديل المعنى يعتبر أكثر الأنشطة العلاجية المهمة في الأساليب المختلفة .

ويرى بروين وباور ١٩٩٧ أن التكامل بين العلاجات المختلفة ممكن نظرياً من خلال عمليات تأويل المعنى وتحويله ، ونستطيع أن نرى كيف تساعد العلاجات المختلفة الأفراد على إعادة تشكيل رؤيتهم لأنفسهم وللآخرين في العالم .
وعلى الرغم من أن معظم الباحثين يتفقون على أن تأويل المعنى وتحويله أمر مركزي في التغير النفسي إلا أن من الصعب أن نرى كيف يمكن التوفيق بين بعض الافتراضات الأساسية في كل العلاجات النفسية ، وكيف يمكن لفهم عمليات التغير أن يؤدي بنا إلى وسائل متكاملة وأكثر فاعلية في العلاج .
وقد كتب أرنولد لازاروس ١٩٨٩ Arnold Lazarus أن أصحاب النظرة التكاملية في محاولتهم أن يتجنبوا التصلب الأيديولوجي حاولوا أن يصهروا الأفكار المتباعدة والمدارس المتصارعة في كل متناغم متعاون ، والمشكلة الرئيسة هنا هي أنه عند الفحص الدقيق فإن ما يبدو متبادلاً بين النظريات المختلفة يتحول إلى شيء غير قابل للتوفيق ( لازاروس ١٩٨٩ Lazarus ص ٢٨٤ – ٢٥٨ )
ويدعونا فلتهام ١٩٩٧ Feltham إلى أن نأخذ في اعتبارنا فكرة أن التكاملية أو العلاج النفسي التكاملي قد يكون خرافة على الرغم من النوايا الحميدة ، إنه ببساطة اتجاه آخر أو مجموعة من التوجهات في حالة تكون ( فلتهام ١٩٩٧ Feltham )
وعلى الرغم من صعوبة إيجاد طرق للتكامل بين العلاجات النفسية كلها إلا أن المزيد من التكامل ممكن بالتأكيد ، وقد رأينا بالفعل أن المنظور السلوكي والمعرفي يمكن تحقيق التكامل بينهما .
وهناك تطور أكثر حداثة هو العلاج المعرفي التحليلي (CAT) Cognitive Analytic Therapy ( رايل ١٩٩٠ Ryle ) الذي يحاول أن يحقق التكامل بين أفكار من العلاج المعرفي وأفكار سيكوديناميةوخاصة أفكار مدرسة علاقات الموضوع Object Relations .
وهناك تطور آخر هو العلاج السلوكي الجدلي Dialectical Behavior Therapy ( DBT ) ( لينهان ١٩٨٧ ، ١٩٩٣ Linehan ) وهو فنية معرفية سلوكية صممت لعلاج الناس المصابين باضطراب الشخصية البينية Borderline Personality Disorder الذي يحاول تحقيق التكامل بين العلاج المركز على العميل وبين أفكار من فلسفة الزن Zen البوذية .
إن تحقيق التكامل ممكن بين تلك العلاجات التي تشترك في مجموعة متماثلة من الفروض عن الطبيعة البشرية ، أو على الأقل بين تلك النظريات التي لا تتضمن

افتراضات متصارعة ؛ فالعلاج المعرفي التحليلي على سبيل المثال يبدو أن لديه ثراء التفكير المرتبط بالأسلوب السيكوديناميي مزدوجاً مع الوسائل الواضحة القابلة للاختبار العملي الخاصة بالأسلوب المعرفي السلوكي ، وذلك لتقديم أسلوب علاجي مختصر ، وفي المقابل توجد بعض محاولات التكامل التي تنتهي بالافتقاد للأساس النظري الواضح ، والتجميع غير المتناغم لفنيات إرشادية أو علاجية متباينة .

وتذكر كولي ١٩٩١ Culley في وصفها للإرشاد التكاملي أن المرشدين والمعالجين التكامليين ينبغي أن يكونوا واضحين فيما يتعلق بفروضهم النظرية الأساسية ، وقدمت بعض الافتراضات كما يلي :-

١. يستحق الأفراد القبول والفهم لأنهم بشر .
٢. الأفراد قادرون على التغير .
٣. يصنع الأفراد المعنى الخاص بهم .
٤. كل فرد خبير بنفسه .
٥. يريد الأفراد أن يحققوا إمكاناتهم .
٦. سلوك الأفراد له هدف .
٧. يعمل الأفراد بجد أكبر لتحقيق الأهداف التي يقررونها لأنفسهم .

## ***الشفاء الذاتي Self – Healing***

وبالمثل وضع أوبراين وهوستون ٢٠٠٠ O' Brien & Houston افتراضاً أساسياً عن القدرة على الشفاء الذاتي ، وربما كان التكامل حول هذا الافتراض شديد الصعوبة ، ولو افترضنا أن الناس لديهم دافع فطري وولادي يدفعهم إلى الوصول إلى الصحة كما ترى الأساليب الإنسانية ؛ فإن مهمتنا كمعالجين هي زيادة الدافع ، وإزالة العوائق التي توجد في سبيل الشفاء الذاتي .

وليست العلاجات المتوجهة إنسانياً فقط هي التي تفترض هذا الافتراض فإن علاج التحصين المنهجي لحركة العين وإعادة التشغيل EMDR يستند أيضاً على هذا الافتراض ، وأن هناك ميكانيزماً للشفاء الذاتي ، وأن المعالج دليل يساعد الشخص على أن يتجه الاتجاه التكيفي ، وتبعاً لذلك يشعر عديد من المعالجين المتوجهين إنسانياً بالارتياح للتكامل مع علاج EMDR .

ولكن هناك معالجون آخرون لا يشتركون في الاعتقاد في عمليات الشفاء الذاتي فعديد من المعالجين السلوكيين والمعرفيين مثلاً يوجهون العميل في المحتوى والعملية العلاجية اعتقاداً منهم أن العميل ليس لديه قدرة داخلية على الشفاء الذاتي

وأنهم إذا لم يوجهوا العميل لاستكشاف المادة التي يرى المعالج أنها مهمة لن يحدث تغير .
إن افتراض وجود الشفاء الذاتي من عدمه هو حجر الأساس في اختيار أسلوب علاجي معين ، ويتباين أسلوب العلاج وفقاً لهذا الافتراض . وعلى الرغم من عديداً من المعالجين يصفون أنفسهم بأنهم توفيقيون أو تكامليون إلا أن هناك بعض المعالجين لا يفهمون الفرق بين العمل بطريقة توفيقية ، والعمل بطريقة تكاملية وهناك معالجون آخرون يصفون أنفسهم بأنهم يستخدمون توليفة إبداعية أوجماعاً إبتكارياً .

***<u>القضايا الأخلاقية في العلاج النفسي</u>***

يهتم المرشدون والمعالجون النفسيون بقضايا أخلاقية تدور حول معنى الحياة ونسق القيم والحياة والكون دون سابق تدريب في مجال الفلسفة ، وهناك مخاطرة مؤداها أن المعالجين النفسيين قد يقومون بعمل تفسيرات استناداً إلى خلفية فلسفية شعبية مغزولة مع المشكلات الشخصية والنفسية للعملاء ( ديورزن ١٩٩٨ Deurzen ص ٥ – ٧ )
ولقد رأى كريستوفر ١٩٩٦ Christopher أننا ينبغي أن نتخلى عن ادعاء الموضوعية والحياد ونعترف بأن التدخل العلاجي هو نشاط ذو صبغة أخلاقية وعلى المعالجين أن يقوموا بما يلي : -

١. أن يعترفوا بالخلفية الثقافية للعميل .
٢. أن يسعوا إلى توضيح الرؤى الأخلاقية التي تحرك الناس ويسألوا عنها .
٣. أن يحاولوا بلا كلل أن يعرفوا كيف تؤثر رؤانا الأخلاقية على عملنا كمرشدين ومعالجين .
٤. أن يندمجوا باستمرار في النقاش العام عن طبيعة رؤانا الأخلاقية ، ومدى مناسبتها . ( كريستوفر ١٩٩٦ Christopher ص ٢٣ )

وعلى وجه الإجمال فإن العلاج النفسي والإرشاد النفسي هو جزء من مناقشة ثقافية حول الأخلاقيات ، ورؤية العالم ، والحياة الجيدة ، والشخص الجيد والرؤى الأخلاقية التي لا يمكن الفرار منها ( كريستوفر ١٩٩٦ ص ٢٤ )

## المجمل

على الرغم من أنه في المتوسط تبدو كل العلاجات متماثلة الكفاءة إلا أن البعض يرى أن بعض العلاجات أكثر مناسبة في التعامل مع بعض المشكلات أكثر من مشكلات أخرى ومنذ دراسة سميث وجلاس ١٩٧٧ كان هناك توكيد زائد على معرفة أي نوع من أنواع العلاج أكثر فاعلية بالنسبة لأية مشكلة نفسية ، والآن داخل مجال الخدمة الصحية هناك توكيد على الممارسة العلاجية المبنية على الدليل العلمي ، وتقديم علاجات بدا أنها فعالة .

وعلى أية حال يظل دور البحث العلمي التقليدي في مجال تقييم العلاجات مهماً مع بعض الادعاء بأنه يمكن أن يزودنا فقط بمعرفة محدودة بأنواع العلاجات والمشكلات التي تجدي معها .

وحديثاً اهتم الباحثون والكلينيكيون بتنمية طرق لفهم المرض النفسي تستوعب النماذج النظرية المختلفة ، ويؤكد النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي على التفاعل بين القوى الحيوية والنفسية والاجتماعية التي تعمل على الشخص ، ولقد حاول الباحثون تحديد نماذج التفاعلات بين العوامل المتنوعة ، واستناداً إلى تلك الأفكار بدأ المعالجون يتبنون الطرق التوفيقية والتكاملية للعمل مع العملاء بدلاً من الاقتصارعلى نماذج معينة ، ولقد حاول الباحثون أن يفهموا العوامل العامة التي تؤدي إلى التغيير العلاجي ، وعلى سبيل المثال أكد المنظرون المحدثون على أن العلاجات النفسية تتضمن بطريقة ما تحويل المعنى .

وعلى المستوى العملي رأى الباحثون أن الأساليب العلاجية المختلفة تكون أكثر أو أقل مناسبة استناداً إلى المرحلة التي تبين مدى تهيؤ الشخص للتغير ، وأخيرا لا ينبغي أن ننسى أن العلاج النفسي عمل أخلاقي .

## تذكر ان

- يتبنى النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي رؤية كلية تتصور أن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية ليست عوامل متنافسة ، ولكنها تفسيرات على مستويات مختلفة ولكنها مرتبطة من التحليل .
- تبنى البحث النفسي الحديث نموذج الضغط – التهيؤ لبحث التفاعل بين العوامل المختلفة وكيف تسبب المرض النفسي .
- تزداد الممارسة العلاجية القائمة على الدليل أهمية في تحديد أي أساليب العلاج يمكن تقديمها داخل الخدمة الصحية القومية .

- انتقد البعض الممارسة العلاجية المبنية على الدليل العلمي ، ودار الجدل حول ما هو الدليل .
- تقوم الممارسة المبنية على الدليل العلمي على فكرة أن هناك علاجات خاصة لمشكلات خاصة ، والمعالجون الذين يعملون بهذه الطريقة يصفون أنفسهم بأنهم معالجون توفيقيون ، أما المعالجون التكامليون فيحاولون صياغة أفكار مأخوذة من نموذجين نظريين أو أسلوبين من أساليب العلاج
- لقد تم تحديد العوامل الشائعة في كل العلاجات ، ويعتقد الباحثون أن التحالف العلاجي عامل يلعب دوراً مهماً في عملية الشفاء في كل العلاجات
- العلاج النفسي نشاط له مضمون أخلاقي يثير تساؤلات عن الحياة الإنسانية الجيدة ، وكيف يمكن أن نحياها .

# قائمة المراجع


إبراهيم مدكور وآخرون ( ١٩٧٥) معجم العلوم الاجتماعية ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .

أشرف مصطفى صديق ( ٢٠٠٣ ) مدى فاعلية العلاج النفسي الجمعي في تغيير الشخصية لدى عينة من المرضى النفسيين ( دراسة حالة ) رسالة ماجستير غير منشورة ، مكتبة كلية الآداب جامعة المنيا .

أولتمانز ونيل ودافيسون ( ٢٠٠٠ ) دراسة حالات في علم النفس المرضي ، ترجمة رزق سند إبراهيم ليله ، القاهرة ، دار الحكيم للطباعة .

جيرالد س. بلوم ( ١٩٩٥ ) الديناميات النفسية ، علم القوى النفسية اللاشعورية ، ترجمة رزق سند إبراهيم ليله ، بيروت ، دار النهضة العربية .

جوزيف ليفي ( ٢٠٠٥ ) سلوك اللعب ، ترجمة رزق سند إبراهيم ليله القاهرة ، دار الحكيم للطباعة ( تحت الطبع ) .

رزق سند إبراهيم ليله ( ١٩٩٥ ) قراءات في علم النفس ، بيروت دار النهضة العربية .

رزق سند إبراهيم ليله ( ٢٠٠٢ ) مناهج البحث في علم النفس، القاهرة دار الحكيم للطباعة .

فرانك ج. برونو ( ١٩٩٦ ) الأعراض النفسية ، ترجمة رزق سند إبراهيم ليله ، القاهرة ، دار الحكيم للطباعة .

فرج عبد القادر طه ( ١٩٧٨ ) علم النفس وقضايا العصر ، القاهرة مكتبة سعيد رأفت .

فرج عبد القادر طه وآخرون ( ٢٠٠٥ ) موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، الطبعة الثالثة ، أسيوط ، دار الوفاق للطباعة والنشر. .

قدري حفني ومحمد خليل ( ١٩٨٢ ) علم النفس ومشكلات مجتمعنا نحن والفلاح والمشكلة السكانية ، الطبعة الثالثة ، القاهرة ، جيجي لطباعة الأوفست .

كارين ماكوفر ( ١٩٨٧ ) إسقاط الشخصية في رسم الشكل الإنساني منهج لدراسة الشخصية ، ترجمة رزق سند إبراهيم ليله ، بيروت دار النهضة العربية

كمال دسوقي ( ١٩٨٨ ) ذخيرة علوم النفس ، القاهرة ، مطابع الأهرام التجارية .

مجمع اللغة العربية ( ١٩٩٩ ) المعجم الوجيز ، القاهرة ، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية .
محمد بن أبي بكر بن عبد القادر الرازي ( ب. ت. ) مختار الصحاح القاهرة ، دار نهضة مصر للطبع والنشر .
محمد شعلان ( ١٩٧٧ ) الاضطرابات النفسية للأطفال ، الجزء الأول ، القاهرة ، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية .
مصطفى زيور ( ١٩٨٦ ) في النفس ، بحوث مجمعة في التحليل النفسي ، بيروت ، دار النهضة العربية .
مصطفى زيور ( ١٩٧٥ ) محاضرة في الاكتئاب ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
ممدوح مختار علي ( ٢٠٠١ ) العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج للاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، مكتبة كلية الآداب جامعة طنطا .
ميشيل أرجايل ( ٢٠٠٥ ) سيكولوجية الطبقة الاجتماعية ، ترجمة رزق سند ، القاهرة ، دار الحكيم للطباعة ( تحت الطبع )
هاري ويلز ( ١٩٧٥ ) بافلوف وفرويد ، ترجمة سعد جلال ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للكتاب .
هول ولندزي ( ١٩٧١ ) نظريات الشخصية ، ترجمة فرج أحمد وقدري حفني ولطفي فطيم ، مراجعة لويس كامل مليكة ، القاهرة ، الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر .وليم الخولي ( ١٩٧٦ ) الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي ، القاهرة ، دار المعارف .

# References


Adler, A (1931) Compulsion neurosis, *International Journal of Individual Psychology* 9: 1–16.

Adler, A (1964) *Social Interest: A challenge to mankind*, New York: Capricorn.

Agnew-Davies, R, Stiles, W B, Hardy, G E, Barkham, M, and Shapiro, D A (1998) Alliance structure assessed by the Agnew Relationship Measure (ARM), *British Journal of Clinical Psychology* 37: 155–72.

Ahlburg, D A, and Shapiro, M O (1983) The darker side of unemployment, *Hospital and Community Psychiatry* 34: 389.

Albee, G W (1996) The psychological origins of the white, male patriarchy in psychology, *The Journal of Primary Prevention* 17: 1.

Albee, G W (2000) The boulder model's fatal flaw, *American Psychologist* 55: 247–8.

Allyon, T, and Azrin, N (1968) *The Token Economy: A motivational system for therapy and rehabilitation*, New York: Appleton Century Crofts.

American Psychiatric Association (1952) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st edn), Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd edn), Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd edn), Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (rev. 3rd edn), Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1993) Practice guidelines for the treatment of major depressive disorder in adults, *American Journal of Psychiatry* 150 (4): 1–26.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edn), Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994) Practice guidelines for the treatment of patients with bipolar disorder, *American Journal of Psychiatry* 151 (12): 1–36.

American Psychiatric Association (1995) Practice guidelines for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids, *American Journal of Psychiatry* 152 (11): 1–59.

American Psychiatric Association (1996) Practice guidelines for the treatment of patients with nicotine dependence, *American Journal of Psychiatry* 153 (10): 1–31.

American Psychiatric Association (1997) Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia, *American Journal of Psychiatry* 154 (4): 1–63.

Anderson, E M, and Lambert, M J (1995) Short-term dynamically orientated psychotherapy: A review and meta-analysis, *Clinical Psychology Review* 15: 503–14.

Argyle, M (1994) *The Psychology of Social Class*, London: Routledge.

Arnkoff, D B, and Glass, C R (1982) Clinical cognitive constructs: Examination, evaluation, and elaboration. In Kendall, P C (ed.), *Advances in Cognitive-behavioral Research and Therapy*, Vol 1, New York: Academic Press.

Bailey, and Shevlin, M (1999) Letter, *The Psychologist*, December 1999.

Bandura, A (1969) *Principles of Behavior Modification*, New York: Holt, Rinehart, & Winston.

Bandura, A, and Walters, R H (1963) *Social Learning and Personality Development*, New York: Ronald Press.

Banyard, P E (1996) *Applying Psychology to Health*, London: Hodder & Stoughton.

Barker, C, Pistrang, N, and Elliott, R (1994) *Research Methods in Clinical and Counselling Psychology*, Chichester: Wiley.

Barker, C, Pistrang, N, Shapiro D A, and Shaw, I (1990) Coping and help seeking in the UK adult population, *British Journal of Clinical Psychology* 29: 271–85.

Barlow, D H (1988) *Anxiety and its Disorders*, New York: Guilford.

Barlow, D H, Craske, M G, Cerny, J A, and Klosko, J S (1989) Behavior treatment of panic disorder, *Behavior Therapy* 20: 261–82.

Bassett, A S, McGillivray, B C, Jones, B D, and Pantzar, J T (1988) Partial trisomy chromosome 5 cosegregating with schizophrenia, *Lancet* 108: 799–801.

Bateson, G, Jackson, D, Haley, J, and Weakland, J (1956) Toward a theory of schizophrenia, *Behavioural Science* 1: 251–64.

Beck, A T (1963) *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*, New York: Harper and Row.

Beck, A T (1967) *Depression, Causes and Treatment*, Philadelphia: University of Philadelphia Press.

Beck, A T (1974) The development of depression: A cognitive model. In Friedman R J, and Katz, M (eds) *The Psychology of Depression: Contemporary theory and research*, New York: Wiley.

Beck, A T, and Emery, G (1985) *Anxiety Disorders and Phobias: A cognitive perspective*, New York: Basic.

Beck, A T, and Freeman, A (1990) *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, New York: Guilford.

Beck, A T, and Weishaar, M (1989) Cognitive therapy. In Freeman, A, Simon, K M, Beutler, L E, and Arkowitz, H (eds) *Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy*, New York: Plenum Press.

Bergin, A E (1971) The evaluation of therapeutic outcomes. In Bergin, A E, and Garfield, S L (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York: Wiley.

Bergin, A E, and Garfield, S L eds (1994) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th edn), New York: Wiley.

Bergin, A E (1980) Psychotherapy and religious values, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 48: 95–105.

Berne, E (1964) *Games People Play*, New York: Grove Press.

Berne, E (1966) *Principles of Group Treatment*, New York: Oxford University Press.

Berne, E (1971) Away from a theory of the impact of interpersonal interaction on non-verbal participation, *Transactional Analysis Journal* 1: 6–13.

Berne, E (1972) *What Do You Say After You Say Hullo?*, New York: Grove Press.

Blaxter, M (1990) *Health and Lifestyle*, London: Routledge.

Bohart, A (1980) Toward a cognitive theory of catharsis, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 17: 192–201.

Bohart, A C, O'Hara, M, and Leitner, L M (1998) Empirically violated treatments: disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies, *Psychotherapy Research* 8: 141–57.

Bohm, D (1980) *Wholeness and the Implicate Order*, London: Routledge and Kegan Paul.

Boorstein, S (ed.) (1980) *Transpersonal Psychotherapy*, Palo Alto, CA: Science and Behavior.

Bowen, M (1978) *Family Therapy in Clinical Practice*, New York: Jason Aronson.

Bowlby, J (1969) *Attachment and Loss: Volume 1: Attachment*, London: Hogarth Press.

Bowlby, J (1973) *Attachment and Loss: Volume 2: Separation: Anxiety and Anger*, London: Hogarth Press.

Bowlby, J (1980) *Attachment and Loss: Volume 3: Loss, Sadness and Depression*, London: Hogarth Press.

Boyle, M (1993) *Schizophrenia – A Scientific Delusion*, London: Routledge.

Bozarth, J D (1997) The person-centered approach. In Feltham, C (ed.) *Which Psychotherapy?*, London: Sage.

Bozarth, J (1998) *Person-centred Therapy: A revolutionary paradigm*, Ross-on-Wye: PCCS Books.

Bozarth, J D, and Brodley, B T (1984) Client-centered/person-centered psychotherapy: a statement of understanding, *Person-centered Review* 1: 262–5.

Brazier, D (1995) *Zen Therapy*, London: Constable.
Breggin, P (1993) *Toxic Psychiatry*, London: Fontana.
Brewin, C R, and Power, M J (1997) Meaning and psychological therapy: Overview and introduction. In Power, M, and Brewin, C R (eds) *The Transformation of Meaning in Psychological Therapies: Integrating theory and practice*, Chichester: Wiley.
British Association for Counselling (1996) *Code of Ethics and Practice*, Rugby: British Association for Counselling.
Broverman, I K, Broverman, D M, Clarkson, F E, Rosenkrantz, P S, and Vogel, S R (1970) Sex-role stereotypes and clinical judgements of mental health, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 34: 1–7.
Brown, G W, and Harris, T (1978) *The Social Origins of Depression*, London: Tavistock Press.
Bruce, M L, Takeuchi, D T, and Leaf, P J (1991) Poverty and psychiatric status: longitudinal evidence from the New Haven Epidemiological Catchment Area Study, *Archives of General Psychiatry* 48: 470–74.
Bucher, B, and Lovaas, O I (1967) Use of aversive stimulation in behavior modification. In Jones, M R (ed.) *Miami Symposium on the Prediction of Behavior 1967: Aversive stimulation* (pp. 77–145), Coral Gables, FL: University of Miami Press.
Burns, D D, and Nolen-Hoeksema, S (1992) Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive behavioural therapy: a structural equation model, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60: 441–9.
Cacioppo, J T, and Bernston, G G (1992) Social psychological contributions to the decade of the brain: Doctrine of multilevel analysis, *American Psychologist* 47: 1019–28.
Card, J J (1987) Epidemiology of PTSD in a national cohort of Vietnam veterans, *Journal of Clinical Psychology* 43: 6–17.
Cash, T F, and Henry, P E (1995) Women's body images: The results of a national survey in the USA, *Sex Roles* 33: 19–28.
Chadwick, P K (1997) Recovery from schizophrenia: The problem of poetic patients and scientific clinicians, *Clinical Psychology Forum* 103: 39–43.
Chambless, D L, and Gillis, M (1993) Cognitive therapy with anxiety disorders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 248–60.
Chambless, D L, Baker, M J, Baucom, D H, Beutler, L E, Calhoun, K S, Crits-Christoph, P, Daiuto, A, DeRubeis, R, Detweiler, J, Haaga, D A F, Bennett Johnson, S, McCurry, S, Mueser, K T, Pope, K S, Sanderson, W C, Shoham, V, Stickle, T, Williams, D A, and Woody, S R (1998) Update on empirically validated therapies, II, *The Clinical Psychologist* 51: 3–16.
Chemtob, C M, Tolin, D F, Van der Kolk, B A, and Pitman, R K (2000) Eye movement desensitization and reprocessing. In Foa, E A, Keane,

T M, and Friedman, M J (eds) *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 139–55), New York: Guilford.

Chessler, P (1972) *Women and Madness*, New York: Harcourt Brace Jovanovich.

Christopher, J C (1996) Counseling's inescapable moral visions, *Journal of Counseling and Development* 75: 17–25.

Clarkson, P (1989) *Gestalt Counselling in Action*, London: Sage.

Coffer, C N, and Appley, M (1964) *Motivation: Theory and Research*, New York: Wiley.

Cohen, S, and Wills, T A (1985) Stress, social support, and the buffering hypothesis, *Psychological Bulletin* 98: 310–57.

Comer, R J (1998) *Abnormal Psychology* (3rd edn), New York: Freeman.

Cook, J D, and Bickman, L (1990) Social support and psychological symptomatology following natural disaster, *Journal of Traumatic Stress* 3: 541–56.

Cooper, D (1967) *Psychiatry and Antipsychiatry*, London: Paladin.

Coppen, A J, and Doogan, D P (1988) Serotonin and its place in the pathogenesis of depression, *Journal of Clinical Psychiatry* 49: 4–11.

Crits-Christoph, P (1992) The efficacy of brief psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis, *American Journal of Psychiatry* 149: 151–8.

Culley, S (1991) *Integrative Counselling Skills in Action*, London: Sage.

Dakof, G A, and Taylor, S E (1990) Victims' perceptions of social support: What is helpful from whom?, *Journal of Personality and Social Psychology* 58: 80–89.

Dale, A J D (1980) Organic mental disorders associated with infections. In Kaplan, H I, Freedman, A M, and Sadock, B J (eds) *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Vol 2 (3rd edn), Baltimore: Williams & Wilkins.

Dalgleish, T, Joseph, S, Thrasher, S, Tranah, T, and Yule, W (1996) Crisis support following the Herald of Free Enterprise disaster: a longitudinal perspective, *Journal of Traumatic Stress* 9: 833–45.

Davey, G C L (1992) Classical conditioning and the acquisition of human fears and phobias: a review and synthesis of the literature, *Advances in Behaviour Research and Therapy* 14: 29–66.

DeCarvalho, R (1991) *The Founders of Humanistic Psychology*, New York: Praeger.

Deurzen-Smith, E van (1988) *Existential Counselling in Practice*, London: Sage.

Deurzen-Smith, E van (1998) Beyond psychotherapy, *Psychotherapy Section Newsletter of the British Psychological Society* 23: 4–18.

Dinan, T G (1994) The role of steroids in the genesis of depression: a psychobiological perspective, *British Journal of Psychiatry* 164: 365–72.

Dinan, T G (1995) Treatment approaches to therapy-resistant depression, *Journal of Psychopharmacology* 9: 199–204.
Dinan, T G (1998) Physical treatments for depression. In O'Mahony, G, and Lucey, J V (eds) *Understanding Psychiatric Treatment: Therapy for serious mental health disorder in adults* (pp. 59–75), Chichester: Wiley.
Dobson, K S (1989) A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 414–19.
Dorahy, M J, and Millar, R (2000) Letter, *The Psychologist* 13: 121.
Duggan, C E, Marks, I, and Richards, D (1993) Clinical audit of behavior therapy training in nurses, *Health Trends* 25: 25–30.
Durkheim, E (1897) *Le Suicide*, Paris: Alcan.
Dyck, M J (1993) A proposal for a conditioning model of eye movement desensitization treatment for posttraumatic stress disorder, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 24: 201–10.
Egan, G (1982) *The Skilled Helper* (2nd edn), Monterey, CA: Brooks/Cole.
Ellenberger, H (1970) *The Discovery of the Unconscious: The history and evolution of dynamic psychiatry*, New York: Basic.
Elliot, R (1998) Editors introduction: a guide to the empirically supported treatments controversy, *Psychotherapy Research* 8: 115–25.
Ellis, A (1959) Requisite conditions for basic personality change, *Journal of Consulting Psychology* 23: 538–40.
Ellis, A (1962) *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York: Stuart.
Ellis, A (1973) Rational-emotive therapy. In Corsini, R (ed.) *Current Psychotherapies*, Itasca, IL: Peacock.
Ellis, A (1979) Toward a new theory of personality. In Ellis, A, and Whiteley, J M (eds) *Theoretical and Empirical Foundations of Rational-emotive Therapy*, Monterey, CA: Brookes/Cole.
Erikson, E H (1959) *Identity and the Life Cycle*, New York: Norton.
Erikson, E H (1963) *Childhood and Society* (2nd edn), New York: Norton.
Erikson, E H (1968) *Identity, Youth and Crisis*, New York: Norton.
Erinosho, O, and Ayonrinde, A (1981) Educational background and attitude to mental illness among the Yoruba in Nigeria, *Human Relations* 34: 1–12.
Evans, R (1969) *Dialogue with Erik Erikson*, New York: Dutton.
Evans, M D, Hollon, S D, DeRubeis, R J, Piasecki, J M, Grove, W M, Garvey, M J, and Tuason, V B (1992) Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression, *Archives of General Psychiatry* 49: 802–08.
Eysenck, H J (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation, *Journal of Consulting Psychology* 16: 319–24.

Eysenck, H J (1960) *Handbook of Abnormal Psychology*. London: Pitman.
Eysenck, H J (1965) The effects of psychotherapy, *International Journal of Psychiatry*, 1: 97–142.
Eysenck, H J (1986) A critique of contemporary classification and diagnosis. In Millon, T, and Klerman, G L (eds) *Contemporary Directions in Psychopathology: Towards the DSM-IV*, New York: Guilford.
Eysenck, H J, and Wilson, G D (1973) *The Experimental Study of Freudian Theories*, London: Methuen.
Fairbairn, W (1952) *An Object-relations Theory of the Personality*, New York: Basic.
Falloon, I R H, Boyd, J L, and McGill, C W (1984) *Behavioral Family Management of Mental Illness: Enhancing family coping in community care*, New York: Guilford.
Falloon, I R H, Laporta, M, Fadden, G, and Graham-Hole, V (1993) *Managing Stress in Families*, London: Routledge.
Feltham, C (1997) Introduction: Irreconcilable psychotherapies (pp. 1–11) In Feltham, C (ed.), *Which Psychotherapy?*, London: Sage.
Fisher, S, and Greenberg, R P (1996) *Freud Scientifically Reappraised: Testing the theories and therapy*, New York: Wiley.
Flannery, R B (1990) Social support and psychological trauma: A methodological review, *Journal of Traumatic Stress* 3: 593–611.
Foa, E B, Rothbaum, B O, Riggs, D S, and Murdock, T B (1991) Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counselling, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 59: 715–23.
Fowler, D, Garety, P, and Kuipers, E (1995) *Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and practice*, Chichester: Wiley.
Francis, M E, and Pennebaker, J W (1992) Putting stress into words: The impact of writing on physiological, absentee, and self-reported emotional well-being measures, *American Journal of Health Promotion* 6: 280–7.
Frank, J (1961) *Persuasion and Healing: A comparative study of psychotherapy*, New York: Schocken.
Frank, J (1971) Therapeutic factors in psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy* 25: 350.
Frankl, V (1963) *Man's Search for Meaning*, New York: Washington Square.
Frankl, V (1967) *Psychotherapy and Existentialism: Selected papers on logotherapy*, New York: Washington Square.
Freud, S (1900) *The Interpretation of Dreams*, Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vols 4 and 5, edited and translated by J Strachey (1953), London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
Freud, S (1901) *The Psychopathology of Everyday Life*, Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 6,

edited and translated by J Strachey (1960), London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
Freud, S (1917) *Mourning and Melancholia*, London: Hogarth Press.
Freud, S (1933) *New Introductory Lectures on Psychoanalysis*, Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 22, edited and translated by J Strachey (1964), London: Hogarth Press and the Institute of Psychoanalysis.
Freud, S (1940/1969) *An Outline of Psycho-analysis*, New York: Norton.
Fromm, E (1993) *The Art of Being*, London: Constable.
Fromm-Reichman, F (1948) Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy, *Psychiatry* 11: 263–73.
Fuller, R, Walsh, P N, and McGinley, P (1997) A *Century of Psychology: Progress, paradigms and prospects for the new millennium*, London: Routledge.
Garfield, S L (1992) Eclectic psychotherapy: A common factors approach. In Norcross, J C, and Goldfried, M R (eds) *Handbook of Psychotherapy Integration*, New York: Basic.
Garfield, S L (1996) Some problems associated with 'validated' forms of psychotherapy, *Clinical Psychology: Science and Practice* 3: 218–29.
Garfinkel, P E, Kennedy, S H, and Kaplan, A S (1995) Views on classification and diagnosis of eating disorders, *Canadian Journal of Psychiatry* 40: 445–56.
Gewirtz, J L, and Pelaez-Nogueras, M (1992) B F Skinner's legacy to human infant behavior and development, *American Psychologist* 47: 1411–22.
Goldberg, D, and Huxley, P (1992) *Common Mental Disorders: A bio-social model*, London: Tavistock Routledge.
Goldfried, M R (2000) Consensus in psychotherapy research and practice: Where have all the findings gone?, *Psychotherapy Research* 10: 1–16.
Gottesman, I I, and Shields, J (1972) *Schizophrenia and Genetics: A Twin Study Vantage Point*, New York: Academic Press.
Gottesman, I I (1991) *Schizophrenia Genesis: The origins of madness*, New York: Freeman.
Grawe, K, Donati, R, and Bernauer, F (1998) *Psychotherapy in Transition*, Seattle: Hogrefe & Huber.
Greenberg, L S, Elliott, R, and Lietaer, G (1994) Research on experiential psychotherapy. In Bergin, A E, and Garfield, S L (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th edn), New York: Wiley: 509–39.
Greenberg, D, and Marks, I (1982) Behavioural therapy of uncommon referrals, *British Journal of Psychiatry* 141: 148–53.
Greenberg, L S, Rice, L N, and Elliot, R (1993) *Facilitating Emotional Change: The moment-by-moment process*, New York: Guilford.

Greenberg, L S, and Watson, J (1998) Experiential therapy of depression: differential effects of client-centred relationship conditions with and without process experiential interventions, *Psychotherapy Research* 8: 210–24.

Grencavage, L M, and Norcross, J C (1990) Where are the commonalities among the therapeutic common factors?, *Professional Psychology: Research and Practice* 21: 372–8.

Grof, S, and Bennett, H Z (1990) *The Holotropic Mind: The three levels of human consciousness and how they shape our lives*, San Francisco: HarperCollins.

Gunnell, D J, Peters, T J, Kammerling, R M, and Brooks, J (1995) Relation between parasuicide, suicide, psychiatric admissions, and socioeconomic deprivation, *British Medical Journal* 311: 226–30.

Gusella, J F, Wexler, N S, Conneally, P M, Naylor, S L, Anderson, M A, Tanzi, R E, Watkins, P C, Ottina, K, Wallace, M R, Sakaguchi, A Y, Young, A B, Shoulson, I, Bonilla, E, and Martin, J B (1983) A polymorphic DNA marker genetically linked to Huntington's disease, *Nature* 306: 234–8.

Hagan, T, and Smail, D (1997a) Power mapping – I. Background and basic methodology, *Journal of Community and Applied Social Psychology* 7: 257–67.

Hagan, T, and Smail, D (1997b) Power mapping – II. Practical application: The example of sexual abuse, *Journal of Community and Applied Social Psychology* 7: 269–84.

Harlow, J M (1868) Recovery from the passage of an iron bar through the head, *Publication of the Massachussetts Medical Society* 2: 327 ff.

Hartmann, H (1958) *Ego Psychology and the Problem of Adaptation*, New York: International Universities Press.

Henry, W P (1998) Science, politics and the politics of science: the use and misuse of empirically validiated treatment research, *Psychotherapy Research* 8: 126–40.

Heston, L L (1970) The genetics of schizophrenia and schizoid disease, *Science* 167: 249–56.

Heston, L L (1992) *Mending Minds: A guide to the new psychiatry of depression, anxiety, and other serious mental disorders*, New York: Freeman.

Hollingshead, A B, and Redlich, F C (1958) *Social Class and Mental Illness: A community study*, New York: John Wiley & Sons.

Hollon, S D, and Beck, A T (1994) Cognitive and cognitive-behavioural therapies. In Bergin, A E, and Garfield, S L (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th edn), New York: Wiley.

Horvath, A O, and Luborsky, L (1993) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61: 561–73.

Horvath, A O, and Symonds, B D (1991) Relationship between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis, *Journal of Counseling Psychology* 38: 139–49.

Hyer, L, and Brandsma, J M (1997) EMDR minus eye movements equals good psychotherapy, *Journal of Traumatic Stress*, **10**: 515–22.
Janov, A (1982) *Prisoners of Pain*, London: Abacus.
Jensen, J A (1994) An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans, *Behavior Therapy* **25**: 311–25.
Jones, M C (1925) A laboratory study of fear: the case of Peter, *Pedagogical Seminary* **31**: 308–15.
Joseph, S, Andrews, B, Williams, R, and Yule, W (1992) Crisis support and psychiatric symptomatology in adult survivors of the Jupiter cruise ship disaster, *British Journal of Clinical Psychology* **31**: 63–73.
Joseph, S, Yule, W, Williams, R, and Andrews, B (1993) Crisis support in the aftermath of disaster: a longitudinal perspective, *British Journal of Clinical Psychology* **32**: 177–85.
Kantorovich, F (1930) An attempt at associative reflex therapy in alcoholism, *Psychological Abstracts* 4282.
Karasu, T B (1992) The worst of times, the best of times, *Journal of Psychotherapy Practice and Research* **1**: 2–15.
Kazdin, A E (1994) Methodology, design, and evaluation in psychotherapy research. In Bergin, A E. and Garfield, S L (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th edn) (pp. 19–71), New York: Wiley.
Kazdin, A E, and Wilcoxin, L A (1976) Systematic desentization and nonspecific treatment effects: A methodological evaluation, *Psychological Bulletin* **83**: 729–58.
Keefe, F J, Dunsmore, J, and Burnett, R (1992) Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **60**: 528–36.
Kendler, K S, MacLean, C, Neale, M, Kessler, R, Heath, A, and Eaves, L (1991) The genetic epidemiology of bulimia nervosa, *American Journal of Psychiatry* **148**: 1631.
Kernberg, O F (1976) *Object-relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, New York: Jason Aronson.
Kessler, R C, McGonagle, K A, Zhao, S, Nelson, C R, Highes, M, Eshleman, S, Wittchen, H, and Kendler, K S (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-II-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity survey, *Archives of General Psychiatry* **51**: 8–19.
King, J L, and Mallinckrodt, B (2000) Family environment and alexithymia in clients and non-clients, *Psychotherapy Research* **10**: 78–86.
Klein, M (1932) *The Psychoanalysis of Children*, London: Hogarth.
Kleinman, J E, Karson, C N, Weinberger, D R, Freed, W J, Berman, K F, and Wyatt, R J (1984) Eye-blinking and cerebral ventricular size

in chronic schizophrenic patients, *American Journal of Psychiatry* 141: 1430–32.

Kohut, H (1971) *The Analysis of the Self*, New York: International Universities Press.

Korpi, E R, Kleinman, J E, Goodman, S I, Phillis, I, DeLis, L E, Linnoil, M, and Wyatt, R J (1986) Serotonin and 5-hydroxyindoleacetic acid in brains of suicide victims, *Archives of General Psychiatry* 43: 594–600.

Krupnick, I J, Sotsky, S M, Simmens, S, Moyer, J, Elkin, I, Watkins, J, and Pilkonis, P A (1996) The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacology outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression collaborative Research Programme, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 532–9.

Laing, R D (1966) *Self and Others*, Harmondsworth: Penguin.

Laing, R D (1970) *Knots*, Harmondsworth: Penguin.

Laing, R D (1976) *The Politics of the Family and Other Essays*, Harmondworth: Penguin.

Lambers, E (1994a) Borderline personality disorder. In Mearns, D (ed.) *Developing Person-centred Counselling*, London: Sage

Lambers, E (1994b) Psychosis. In Mearns, D (ed.), *Developing Person-centred Counselling*, London: Sage.

Lambers, E (1994c) Personality disorder. In Mearns, D (ed.) *Developing Person-centred Counselling*, London: Sage.

Lambert, M J (1992) Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In Norcross, J C, and Goldfried, M R (eds) *Handbook of Psychotherapy Integration*, New York: Basic.

Lambert, M J, and Bergin, A E (1992) Achievements and limitations of psychotherapy research. In Freedheim, D K (ed.) *History of Psychotherapy: A century of change*, Washington, DC: American Psychological Association.

Lambert, M J, and Bergin, A E (1994) The effectiveness of psychotherapy. In Bergin, A E, and Garfield, S L (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York: Wiley.

Lang, P, and Melamed, B (1969) Case report: avoidance conditioning therapy of an infant with chronic ruminative vomiting, *Journal of Abnormal Psychology* 74: 1–8.

Lazarus, A A (1989) Why I am an eclectic (not an integrationist), *British Journal of Guidance and Counselling* 17: 248–58.

Levant, R F, and Shlien, J M (eds) (1984) *Client-centered Therapy and the Person-centred Approach*, New York: Praeger.

Levin, P, Lazrove, S, and Van der Kolk, B (1999) What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of post-traumatic stress disorder by eye movement desensitization and reprocessing, *Journal of Anxiety Disorders* 13: 159–72.

Lewinsohn, P M (1974) A behavioral approach to depression. In Friedman, R, and Katz, M (eds) *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*, Washington, DC: Winston/Wiley.

Lieberman, J A, Kinon, B J, and Loebel, A D (1990) Dopaminergic mechanisms in idiopathic and drug-induced psychosis, *Schizophrenia Bulletin* 16: 97–110.

Linehan, M H (1987) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder, *Bulletin of the Menninger Clinic* 51: 261–76.

Linehan, M H (1993) *Cognitive-behavioral Treatment for Borderline Personality Disorder*, New York: Guilford.

Littlewood, R, and Lipsedge, M (1993) *Aliens and Alienists: Ethnic minorities and psychiatry* (3rd edn), London: Routledge.

Lovaas, O (1977) *The Autistic Child: Language development through behavior modification*, New York: Irvington.

Mahrer, A P (1998) Embarrassing problems for the field of psychotherapy, *Psychotherapy Section Newsletter of the British Psychological Society* 23: 19–29.

Margraf, J, Barlow, D H, Clark, D M, and Telch, M J (1993) Psychological treatment of panic: Work in progress on outcome, active ingredients, and follow up, *Behaviour Research and Therapy* 31: 1–8.

Marks, I M (1987) *Fears, Phobias and Rituals*, New York: Oxford University Press.

Marks, I M (1990) Behavioral therapy of anxiety states. In Sartorius, N, Andreoli, V, Cassano, G, Eisenberg, L, Kielholz, P, Pancheri, P, and Racagni, G (eds) *Anxiety: Psychological and clinical perspectives*, New York: Hemisphere.

Marks, I M, Gelder, M G, and Bancroft, J (1970) Sexual deviants two years after electrical aversion, *British Journal of Psychiatry* 117: 73–85.

Marks, I M, and O'Sullivan, G (1988) Drugs and psychological treatments for agoraphobia /panic and obsessive-compulsive disorders: A review, *British Journal of Psychiatry* 153: 650–58.

Marshall, J R (1996) Science, 'schizophrenia' and genetics: the creation of myths, *Clinical Psychology Forum* 95: 5–13.

Maslow, A (1968) *Toward a Psychology of Being* (2nd edn), New York: Harper & Row.

Maslow, A H (1970) *Motivation and Personality* (2nd edn), New York: Harper & Row.

Maslow, A H (1993) *The Farther Reaches of Human Nature*, London: Penguin Arkana.

Masson, J (1988) *Against Therapy*, London: Collins.

Mattick, R P, Andrews, G, Hadzi-Pavlovic, D, and Christensen, H (1990) Treatment of panic and agoraphobia: an integrative review, *Journal of Nervous and Mental Disease* 178: 567–76.

McGuffin, P, and Katz, R (1989) The genetics of depression and manic-depressive disorder, *British Journal of Psychiatry* 155: 294–304.

McLeod, J D, and Kessler, R C (1990) Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events, *Journal of Health and Social Behavior* 31: 162–72.

McNeal, E T, and Cimbolic, P (1986) Antidepressants and biochemical theories of depression, *Psychological Bulletin* 99: 361–74.

Mearns, D (ed.) (1994) *Developing Person-centred Counselling*, London: Sage.

Mearns, D, and Thorne, B (1999) *Person Centred Counselling in Action*, London: Sage.

Meehl, P E (1962) Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia, *American Psychologist* 17: 827–38.

Meichenbaum, D H (1977) *Cognitive-behavior Modefication*, New York: Plenum.

Menzies, R, and Clarke, J (1993) A comparision of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia, *Behaviour Research and Therapy* 31: 9–15.

Messer, S B (1986) Eclectism in psychotherapy: Underlying assumptions, problems and trade-offs. In Norcross, J C (ed.) *Handbook of Eclectic Psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel.

Miller, W R, Zweben, A, DiClemente, C C, and Rychtarik, R G (1992) *Motivational Enhancement Therapy Manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence*, Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Mitchell, K, Bozarth, J, and Krauft, C (1977) A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, nonpossessive warmth and genuineness. In Gurman, A, and Razin, A (eds) *Effective Psychotherapy*, Oxford: Pergamon Press.

Morrow-Bradley, C, and Elliot, R (1986) Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists, *American Psychologist* 41: 188–97.

Mowrer, O (1947) On the dual nature of learning, *Harvard Educational Review* 17: 102–48.

Mowrer, O, and Mowrer, W (1938) Enuresis: A method for its study and treatment, *American Journal of Orthopsychiatry* 8: 436–9.

Nelson-Jones, R (1984) *Personal Responsibility Counselling and Therapy: An integrative approach*, London: Harper & Row.

Newnes, C (1996) The development of clinical psychology and its values, *Clinical Psychology Forum* 95: 29–34.

Nichols, M P, and Efran, J S (1985) Catharsis in psychotherapy: A new perspective, *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 22: 46–58.

Nolen-Hoeksema, S (1990) *Sex Differences in Depression*, Stanford, CA: Stanford University Press.

Norcross, J C (1990) An eclectic definition of psychotherapy. In Zeig, J K, and Munion, W M (eds) *What is Psychotherapy?*, San Francisco: Jossey-Bass.

Payne, L R, Bergin, A E, and Loftus, P E (1992) A review of attempts to integrate spiritual and standard psychotherapy techniques, *Journal of Psychotherapy Integration* 2: 171–92.

Pennebaker, J W (1993) Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications, *Behaviour Research and Therapy* 31: 539–48.

Pennebaker, J W, and Beall, S (1986) Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease, *Journal of Abnormal Psychology* 95: 274–81.

Pennebaker, J W, Kiecolt-Glaser, J K, and Glaser, R (1988) Disclosures of traumas and immune functioing: Health implications for psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 239–45.

Pennebaker, J W, and O'Heeron, R C (1984) Confinding in others and illness rates among spouses of suicide and accidental death victims, *Journal of Abnormal Psychology* 93: 473–6.

Persaud, R (1998) *Staying Sane: How to make your mind work for you*, London: Metro.

Pilgrim, D (1997) *Psychotherapy and Society*, London: Sage.

Piper, W E, Azim, H F, McCallum, M, and Joyce, A S (1990) Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 475–81.

Pokorny, M (1991) United Kingdom Standing Conference for Psychotherapy. Conference January 1991: Chairman's address, *British Journal of Psychotherapy* 7: 303–06.

Ponterotto, J (1988) Racial consciousness development among white counselor trainees, *Journal of Multicultural Counseling and Development* 16: 146–56.

Popper, K R (1959) *The Logic of Scientific Discovery*, New York: Basic.

Prioleau, L, Murdock, M, and Brody, N (1983) An analysis of psychotherapy versus placebo studies, *The Behavioural and Brain Sciences* 2: 275–85.

Prochaska, J O, and DiClemente, C C (1983) Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 390–95.

Prochaska, J O, and DiClemente, C C (1984) *The Transtheoretical Approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*, Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

Prochaska, J O, and Norcross, J C (1999) *Systems of Psychotherapy: A transtheoretical analysis* (4th edn), Monterey, CA: Brooks/Cole.

Prouty, G F (1976) Pre-therapy, a method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 13: 290–95.

Prouty, G F (1990) A theoretical evolution in the person-centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation. In Lietaer, G, Rombauts, J, and Van Balen, R (eds) *Client-centered and*

Payne, L R, Bergin, A E, and Loftus, P E (1992) A review of attempts to integrate spiritual and standard psychotherapy techniques, *Journal of Psychotherapy Integration* 2: 171–92.
Pennebaker, J W (1993) Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications, *Behaviour Research and Therapy* 31: 539–48.
Pennebaker, J W, and Beall, S (1986) Confronting a traumatic event: Toward an understanding of inhibition and disease, *Journal of Abnormal Psychology* 95: 274–81.
Pennebaker, J W, Kiecolt-Glaser, J K, and Glaser, R (1988) Disclosures of traumas and immune functioing: Health implications for psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56: 239–45.
Pennebaker, J W, and O'Heeron, R C (1984) Confinding in others and illness rates among spouses of suicide and accidental death victims, *Journal of Abnormal Psychology* 93: 473–6.
Persaud, R (1998) *Staying Sane: How to make your mind work for you*, London: Metro.
Pilgrim, D (1997) *Psychotherapy and Society*, London: Sage.
Piper, W E, Azim, H F, McCallum, M, and Joyce, A S (1990) Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 58: 475–81.
Pokorny, M (1991) United Kingdom Standing Conference for Psychotherapy. Conference January 1991: Chairman's address, *British Journal of Psychotherapy* 7: 303–06.
Ponterotto, J (1988) Racial consciousness development among white counselor trainees, *Journal of Multicultural Counseling and Development* 16: 146–56.
Popper, K R (1959) *The Logic of Scientific Discovery*, New York: Basic.
Prioleau, L, Murdock, M, and Brody, N (1983) An analysis of psychotherapy versus placebo studies, *The Behavioural and Brain Sciences* 2: 275–85.
Prochaska, J O, and DiClemente, C C (1983) Stages and processes of self-change of smoking: towards an integrative model of change, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 390–95.
Prochaska, J O, and DiClemente, C C (1984) *The Transtheoretical Approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*, Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.
Prochaska, J O, and Norcross, J C (1999) *Systems of Psychotherapy: A transtheoretical analysis* (4th edn), Monterey, CA: Brooks/Cole.
Prouty, G F (1976) Pre-therapy, a method of treating pre-expressive psychotic and retarded patients, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 13: 290–95.
Prouty, G F (1990) A theoretical evolution in the person-centered/experiential psychotherapy of schizophrenia and retardation. In Lietaer, G, Rombauts, J, and Van Balen, R (eds) *Client-centered and*

*Experiential Psychotherapy in the Nineties* (pp. 645–85), Leuven: Leuven University Press.
Prouty, G F, and Kubiak, M A (1988) The development of communicative contact with a catatonic schizophrenic, *Journal of Communication Therapy* 4: 13–20.
Purton, C (1998) Unconditional positive regard and its spiritual implications. In Thorne, B, and Lambers, E (eds) *Person-centred Therapy: A European perspective*, London: Sage.
Rapaport, D (1958) The theory of ego autonomy: A generalization, *Bulletin of the Menninger Clinic* 22: 13–35.
Renfry, G, and Spates, C R (1994) Eye movement desensitization and reprocessing: A partial dismantling procedure, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 25: 231–9.
Rennie, D L (1998) *Person-centred Counselling: An experiential approach*, London: Sage.
Rice, L N (1988) Integration and the client-centred relationship, *Journal of Integrative and Eclective Psychotherapy* 7: 291–302.
Roberts, A H, Kewman, D G, Mercier, L, and Hovell, M (1993) The power of non-specific effects in healing. Implications for psychosocial and biological treatments, *Clinical Psychology Review* 13: 375–91.
Robson, C (1993) *Real World Research: A resource for social scientists and practitioner-researchers*, Oxford: Blackwell.
Rogers, C R (1942) *Counseling and Psychotherapy*, Boston: Houghton Mifflin.
Rogers, C R (1951) *Client-centred Therapy*, London: Constable.
Rogers, C R (1957) The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change, *Journal of Consulting Psychology* 21: 95–103.
Rogers, C R (1959) A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In Koch, S (ed.) *Psychology, the Study of a Science, Vol. 3: Formulations of the Person and the Social Context* (pp. 184–256), New York: McGraw Hill.
Rogers, C R (1961) *On Becoming a Person: A therapist's view of psychotherapy*, Boston: Houghton Mifflin.
Rogers, C R (1973) My philosophy of interpersonal relationships and how it grew, *Journal of Humanistic Psychology* 13: 3–15.
Rogers, C R (1980) *A Way of Being*, Boston: Houghton Mifflin.
Rollnick, S, and Miller, W R (1995) What is motivational interviewing?, *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 23: 325–34.
Rose, S (1990) The euphoria fades, *The Guardian*, 20 July.
Rosenhan, D L (1973) On being sane in insane places, *Science* 179: 250–58.
Rosenhan, D L (1975) The contextual nature of psychiatric diagnosis, *Journal of Abnormal Psychology* 84: 442–52.

Roth, A, and Fonagy, P (1996) *What Works for Whom? A critical review of psychotherapy research*, New York: Guilford.

Rowan, J (1993) *The Transpersonal: Psychotherapy and counselling*, London: Routledge.

Rowe, D (1996) Science and imagination, *Clinical Psychology Forum* 95: 38–9.

Russell, R (1995) What works in psychotherapy when it does work?, *Changes* 13: 213–18.

Russo, D C, Carr, E G, and Lovaas, O I (1980) Self-injury in pediatric populations. In Ferguson, J, and Taylor, C R (eds) *Comprehensive Handbook of Behavioral Medicine, Vol. 3: Extended Applications and Issues*, Holliswood, NY: Spectrum.

Ryle, A (1990) *Cognitive Analytic Therapy: Active participation in change*, Chichester: Wiley.

Salkovskis, P M, and Kirk, J (1997) Obsessive-compulsive disorder. In Clark, D M, and Fairburn, C G (eds) *Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy* (pp. 179–209), Oxford: Oxford Medical Publications.

Samelson, F (1980) J B Watson's Little Albert, Cyril Burt's twins, and the need for a critical science, *American Psychologist* 35: 619–25.

Sarason, B R, Sarason, I G, and Pierce, G R (eds) (1990) *Social Support: An interactional view*, New York: Wiley.

Satir, V (1964) *Conjoint Family Therapy*, Palo Alto, CA: Science and Behavior.

Schaap, C, Bennun, I, Schinder, L, and Hoogduin, K (1993) *The Therapeutic Relationship in Behavioural Psychotherapy*, Chichester: Wiley.

Schneider, K J (1998) Toward a science of the heart: Romanticism and the revival of psychology, *American Psychologist* 53: 277–89.

Seligman, M E P (1995) The effectivness of psychotherapy, *American Psychologist* 50: 965–74.

Shaikh, A (1985) Cross-cultural comparison: psychiatric admission of Asian and indigenous patients in Leicestershire, *International Journal of Social Psychiatry* 31: 3–11.

Shapiro, D A, and Shapiro, D (1982) Meta-analysis of comparative therapy outcome studies. A replication and refinement, *Psychological Bulletin* 92: 581–604.

Shapiro, F (1989a) Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories, *Journal of Traumatic Stress* 2: 199–223.

Shapiro, F (1989b) Eye movement desensitization: A new treatment for Post-Traumatic Stress Disorder, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry* 20: 211–17.

Shapiro, F (1995) *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, protocols and procedures*, New York: Guilford.

Sheldrake, R (1981) *A New Science of Life*, Los Angeles: J P Tarcher.

Skinner, B F (1953) *Science and Human Behavior*, New York: Macmillan.
Skinner, B F (1971) *Beyond Freedom and Dignity*, New York: Vintage.
Skinner, B F (1990) Can psychology be a science of the mind?, *American Psychologist* 45: 1206–10.
Smail, D (1987) *Taking Care: An alternative to therapy*, London: Dent.
Smail, D (1996a) *How to Survive without Psychotherapy*, London: Constable.
Smail, D (1996b) J Richard Marshall, *Clinical Psychology Forum* 95: 14–17.
Smith, M L, and Glass, G V (1977) The meta-analysis of psychotherapy outcome studies, *American Psychologist* 32: 752–60.
Snaith, R P (1994) Psychosurgery: Controversy and Enquiry, *British Journal of Psychotherapy* 161: 582–4.
Starr, P (1982) *The Social Transformation of American Medicine*, New York: Basic.
Stevens, A, and Price, J (1996) *Evolutionary Psychiatry: A new beginning*, London: Routledge.
Stewart, I (1989) *Transactional Analysis Counselling in Action*, London: Sage.
Stiles, W B, Barkham, M, Shapiro, D A, and Firth-Cozens, J (1992) Treatment order and thematic continuity between contrasting psychotherapies: Exploring an implication of the assimilation model, *Psychotherapy Research* 2: 112–24.
Stiles, W B, Elliot, R, Llewelyn, S P, Firth-Cozens, J A, Margison, F R, Shapiro, D A, and Hardy, G (1990) Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy, *Psychotherapy* 27: 411–20.
Stiles, W B, Shapiro, D A, and Elliott, R K (1986) Are all psychotherapies equivalent?, *American Psychologist* 41: 165–80.
Stravynski, A, Marks, I, and Yule, W (1982) Social skills problems in neurotic outpatients: social skills training with and without cognitive modification, *Archives of General Psychiatry* 39: 1378–85.
Sutherland, S (1992) *Irrationality: The enemy within*, London: Penguin.
Sutherland, S (1998) *Breakdown: A personal crisis and a medical dilemma* (2nd edn), Oxford: Oxford University Press.
Svartberg, M, and Stiles, T C (1991) Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 5: 704–14.
Szasz, T S (1961) *The Myth of Mental Illness*, New York: Hoeber.
Szasz, T S (1974) *The Second Sin*, London: Routledge & Kegan Paul.
Tansella, M, and Williams, P (1987) The Italian experience and its implications, *Psychological Medicine* 17: 283–9.
Tart, C T (1975) *States of Consciousness*, New York: E P Dutton & Co., Inc.

Thompson, L W, Gallagher, D, and Breckenridge, J S (1987) Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55: 385–90.
Thorndike, E L (1898) Animal intelligence: An experimental study of the associative processes in animals, *Psychological Monographs* 2 (No. 8).
Thorne, B (1991) *Person-centred Counselling: Therapeutic and spiritual aspects*, London: Whurr.
Thorne, B (1992) *Carl Rogers*, London: Sage.
Thorne, B (1994) Developing a spiritual discipline. In Mearns, D (ed.) *Developing Person-centred Counselling*, London: Sage.
Thorne, B, and Lambers, E (1998) (eds) *Person-centred Therapy: A European perspective*, London: Sage.
Ussher, J (1991) *Women's Madness*, London: Harvester Wheatsheaf.
VandenBos, G R, and Stapp, J (1983) Service providers in psychology: Results of the 1982 APA human resources survey, *American Psychologist* 38: 1330–52.
Van Etten, M L, and Taylor, S (1998) Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: a meta-analysis, *Clinical Psychology and Psychotherapy* 5: 126–44.
Vaughan, K, Wiese, M, Gold, R, and Tarrier, N (1994) Eye-movement desensitization: Symptom change in post-traumatic stress disorder, *British Journal of Psychiatry* 164: 533–41.
Walker, A (1993) *Warrior Marks: Female genital mutilation and the sexual blinding of women*, New York: Harcourt Brace.
Warren, R, and Zgourides, G D (1991) *Anxiety Disorders: A rational-emotive perspective*, New York: Pergamon Press.
Watson, J B (1913) Psychology as the behaviourist views it, *Psychological Review* 20: 158–77.
Watson, J B, and Rayner, R (1920) Conditioned emotional reactions, *Journal of Experimental Psychology* 3: 1–14.
Weiner, R D, and Crystal, A D (1994) The present use of electroconvulsive therapy, *Annual Review of Medicine* 45: 273–81.
Westermeyer, J (1985) Psychiatric diagnosis across cultural boundaries, *American Journal of Psychiatry* 142: 798–805.
White, J (2000) Cognitive therapy – what is left when you remove the hype?, *Proceedings of the British Psychological Society* 8: 16.
Wilber, K (1998) *The Essential Ken Wilber: An introductory reader*, Boston: Shambha.
Williams, D R (1990) Socioeconomic differentials in health: A review and redirection, *Social Psychology Quarterly* 53: 81–99.
Williams, J B W, Gibbon, M, First, M B, Spitzer, R L, Davies, M, *et al.* (1992) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): 2. Multisite test-retest reliability, *Archives of General Psychiatry* 49: 630–36.

Winston, A, Pollack, J, McCullough, L, Flegenheimer, W, Kestenbaum, R. and Trujillo. M (1991) Brief dynamic psychotherapy of personality disorders, *Journal of Nervous and Mental Disease* 179: 188–93.

Wolpe, J (1958) *Psychotherapy and Reciprocal Inhibition*, Stanford, CA: Stanford University Press.

Wolpe, J (1990) *The Practice of Behavior Therapy* (4th edn), New York: Pergamon.

Wolpe, J, and Rachman, S (1960) Psychoanalyitic evidence: A critique based on Freud's case of Little Hans, *Journal of Nervous and Mental Disease* 131: 135–45.

Woody, G E, Luborsky, L, McLellan, A T, and O'Brien, C P (1990) Corrections and revised analyses for psychotherapy in methadone maintenance patients, *Archives of General Psychiatry* 47: 788–9.

Woolfe, R, and Dryden, W (eds) (1996) *Handbook of Counselling Psychology*, London: Sage.

World Health Organisation (1992) *Tenth Revision of the International Classification of Diseases*, Geneva: WHO.

Wynne, L C, Singer, M T, Bartko, J J, and Toohey, M L (1977) Schizophrenics and their families: Recent research on parental communication. In Tanner, J M (ed.) *Developments in Psychiatric Research*. London: Hodder & Stoughton.

Yalom, I D (1980) *Existential Psychotherapy*, New York: Basic.

Zeig, J K (1987) *The Evolution of Psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel.

Zigler, E, and Phillips, L (1961) Psychiatric diagnosis and symptomatology, *Journal of Abnormal Psychology* 63: 69–75.

Zilboorg, G, and Henry, G W (1941) *A History of Medical Psychology*, New York: Norton.

Zook, A, and Walton, J M (1989) Theoretical orientations and work settings of clinical and counseling psychologists: A current perspective, *Professional Psychology* 20: 23–31.

# فهرست الموضوعات

## الفصل الأول : مقدمة



## الفصل الثاني : العلاج الحيوي الطبي

## الفصل الثالث: الأساليب التحليلية و السيكوديناميية



## الفصل الرابع: العلاج السلوكي و المعرفي

## ***الفصل الخامس: الأساليب الإنسانية و عبر الشخصية***

## الفصل السادس: الأساليب الاجتماعية و الثقافية



## الفصل السابع: الممارسة العلاجية المبنية على الدليل العلمي و الأساليب التوفيقية و التكاملية

رقم إيداع
٢٠٠٥/٢٠٤٠٢
دار الهانى للطباعة والنشر
٤٤٤٢٠٥٥